Rapport rétrospectif sur les suicides de détenus au Service correctionnel du Canada 1996-1997

Michel A.S. Larivière
Division des services de santé
Administration centrale

Le suicide en milieu carcéral : revue de la littérature

Natalie H. Polvi
Centre psychiatrique régional (Prairies)

Résumé

Le présent document constitue le cinquième rapport rétrospectif sur les suicides de détenus au Service correctionnel du Canada. Il donne un aperçu de tous les suicides survenus dans les établissements carcéraux fédéraux en 1996-1997 et analyse les tendances depuis 1991-1992. Il vise trois objectifs : (1) décrire l'ampleur et la nature du problème; (2) mieux faire connaître le problème et tirer des leçons des suicides qui se sont produits; et (3) accroître notre connaissance du suicide en milieu carcéral.

Le présent rapport décrit chacun des suicides qui sont survenus au cours de l'année de référence, et souligne diverses recommandations formulées par les comités d'enquête. Il comprend en outre une recension récente de la littérature sur le suicide en milieu carcéral, rédigée par Natalie H. Polvi, psychologue au Centre psychiatrique régional des Prairies à Saskatoon (Annexe B).

Onze suicides ont été enregistrés en 1996-1997. Cependant, il faut voir qu'il existe une incertitude quant à l'un de ces décès étant donné qu'il n'a pas été confirmé hors de tout doute comme étant un suicide puisqu'il pourrait tout aussi bien s'agir du dénouement malheureux d'une asphyxie autoérotique. Cette baisse du taux de suicides est encourageante et reflète une nouvelle tendance - du moins faut-il l'espérer. Les efforts continus que le SCC déploie pour améliorer ses politiques et procédures, donner à son personnel une formation adéquate et tirer la leçon des incidents antérieurs ont peut-être contribué à la baisse récente du nombre de suicides.

Tous les détenus qui se sont donné la mort au cours de l'année financière de référence étaient des hommes âgés de 20 à 43 ans, et tout comme par les années passées, la plupart d'entre eux étaient incarcérés dans la région du Québec. Dans un cas, le comité d'enquête n'a pas réussi à établir si le détenu s'était tué délibérément ou s'il était mort par asphyxie autoérotique.

Les détenus qui se sont suicidés en 1996-1997 avaient beaucoup de caractéristiques en commun avec le reste de la population carcérale. En d'autres termes, la plupart d'entre eux étaient célibataires, de sexe masculin, de race blanche et incarcérés dans des établissements à sécurité moyenne. Ils présentaient toutefois une caractéristique notable, à savoir la nature violente de leurs infractions. Bon nombre des crimes perpétrés par ces personnes furent très médiatisés. Cinq des onze détenus en question avaient des antécédents de crimes sexuels avec violence, et cinq purgeaient une peine d'emprisonnement à perpétuité ou une peine d'une durée indéterminée. Un des suicidés avait été déclaré délinquant dangereux, alors qu'un autre faisait l'objet d'une demande de désignation à ce titre.

Dans leurs rapports sur ces incidents, les comités d'enquête félicitent généralement le personnel de son intervention efficiente et efficace au moment de la découverte de la victime. Leurs recommandations portent principalement sur les dérogations aux politiques et aux procédures, tout particulièrement en matière de gestion du stress causé par un incident grave. D'autres thèmes qui reviennent souvent dans leurs constatations sont le manque de communications entre les membres du personnel, la

présence de milieux physiques dangereux et les défaillances du matériel technique. L'auteur présente trois recommandations au SCC à la fin du rapport et documente le progrès du SCC face aux recommandations des années précédentes (Annexe A).

AVANT-PROPOS

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est chargé du bien-être aussi bien que de la garde des délinquants sous responsabilité fédérale. Son Énoncé de mission reflète cette dualité :

> *Le Service correctionnel du Canada, en tant que composante du système de justice pénale et dans le respect de la règle de droit, contribue à la protection de la société en incitant activement et en aidant les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois, tout en exerçant sur eux un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain.*

Le succès qu'obtient le SCC en exerçant sur les détenus « un contrôle raisonnable, sûr, sécuritaire et humain » peut se mesurer en partie d'après le nombre d'incidents violents comme les suicides, les attaques graves et les meurtres qui se produisent dans les établissements carcéraux fédéraux. Le suicide en milieu carcéral est une variable qu'il importe de contrôler, car le suicide d'un détenu bouleverse sa famille et ses amis, traumatise le personnel et suscite des inquiétudes dans l'ensemble de la population canadienne. De plus, l'incidence du suicide chez les détenus constitue un bon indice de l'état de santé mentale de la population carcérale.

Le SCC mène une enquête interne sur la mort de tout délinquant qui se suicide dans un de ses établissements. La démarche est essentiellement inquisitoire. Elle ne vise pas à attribuer la responsabilité de l'incident, mais à relever tous les faits entourant la mort du détenu et à déterminer si les politiques et procédures établies ont été respectées. Chacune de ces enquêtes donne lieu à un rapport final, et une étude rétrospective est faite chaque année à partir de l'ensemble de ces rapports.

Robert Watkins a fait la première étude rétrospective en 1992, laquelle portait sur 17 suicides. Jane Laishes, du Secteur des services de santé du SCC, a rédigé tous les autres rapports rétrospectifs publiés depuis. Ses trois rapports annuels portent sur 66 cas au total, et comme le fait voir le tableau 1, les données de 1992-1993 sont incluses dans le rapport de 1994.

Tableau 1. Rapports rétrospectifs antérieurs sur les suicides de détenus au SCC

Rapport	Année	Auteur
Retrospective Study of Inmate Suicides in the Correctional Service of Canada	1992	Robert Watkins
Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1992 - mars 1994)	1994	Jane Laishes
Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada, 1994-1995	1995	Jane Laishes
Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (1er avril 1992 - 31 mars 1996)	1996	Jane Laishes

Le public auquel s'adresse le rapport du SCC sur les suicides en milieu carcéral est nombreux et hétérogène. Il se compose du personnel de première ligne, des administrateurs, des artisans des politiques, de chercheurs, du personnel des services de santé, des professionnels de la santé mentale, d'organismes de l'extérieur et du grand public. Bon nombre de ces groupes visent des objectifs communs (à savoir la prévention des suicides et la réduction de leur nombre), mais chacun a un rôle différent à jouer dans leur réalisation et, par conséquent, consultera un rapport comme celui-ci pour répondre à des besoins différents. L'auteur n'ignore pas ces impératifs et tentera de présenter les données de manière à répondre au plus grand nombre possible de besoins particuliers.

Les données contenues dans le présent *Rapport rétrospectif sur les suicides de détenus* ne sont pas excessivement spécialisées ou techniques. Il s'agit d'un rapport purement descriptif et non d'une publication de type académique. Le lecteur doit donc veiller à ne pas trop généraliser les résultats qui y sont présentés. Bien que le taux de suicide soit plus élevé chez les détenus que dans l'ensemble de la population canadienne, le suicide reste rare en milieu carcéral. Les conclusions tirées des données sur ce très petit échantillon (p. ex. quant aux motifs des suicides, aux tendances et aux différences entre les groupes) relèvent nécessairement de la conjecture.

Heureusement, les auteurs des rapports antérieurs (Watkins et Laishes) ont accumulé et organisé une masse de données sur les délinquants qui se sont donné la mort dans les établissements correctionnels fédéraux. Comme la précision de la mesure de phénomènes augmente en rapport direct avec la taille de la population de référence, nous pourrons bientôt soumettre ces données cumulatives à des plans expérimentaux et à des tests statistiques bien adaptés. Dans l'avenir, les rapports comprendront aussi un échantillon prospectif distinct. Enfin, des données sur la fréquence et la nature des parasuicides seront recueillies et feront un jour l'objet d'un rapport distinct. Entre-temps, l'auteur du présent rapport a cherché à faire cadrer les études de cas avec les écrits les plus récents sur le suicide en milieu carcéral.

Le rapport rétrospectif de 1996-1997 vise les trois objectifs suivants :

1. Décrire l'ampleur et la nature du problème.

Puisqu'il est difficile d'amorcer un débat valable sur le sujet ou d'élaborer une stratégie quelconque en l'absence de données quantitatives sur les suicides qui se sont produits en établissement, le présent rapport contient des données sur les suicides survenus en 1996-1997 et trace les tendances qui se dégagent depuis 1991-1992.

Malheureusement, bon nombre des efforts que font les membres du personnel du SCC passent inaperçus et ne sont pas mesurés. Nous pouvons facilement quantifier le nombre de délinquants qui se donnent la mort au cours d'une période donnée, mais il est beaucoup plus difficile de mesurer le nombre de vies que le personnel a sauvées ou améliorées grâce à la prestation d'une aide adaptée sous la forme de counseling, de programmes ou d'autres interventions.

2. ***Mieux faire connaître le problème et tirer des leçons des suicides qui se sont produits.***

Il y a lieu de réitérer régulièrement que les détenus sont portés à se livrer à des actes d'automutilation et présentent un risque élevé de suicide. Le suicide demeure la principale cause de décès dans la population carcérale au Canada, aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni (Hayes, 1992). Selon les résultats du Sondage national auprès des détenus du SCC, environ un cinquième des détenus avaient songé à se donner la mort au cours de la semaine précédant la tenue du sondage. Le présent rapport servira donc à rappeler la vulnérabilité de la population carcérale et aidera le SCC à demeurer très vigilant.

De plus, le présent rapport souligne les recommandations des divers comités d'enquête. En relevant les lacunes et faisant connaître les pratiques exemplaires, le SCC peut améliorer ses politiques et procédures relatives au suicide de détenus et, il est espéré, en réduire l'incidence.

3. ***Accroître notre connaissance du suicide en milieu carcéral.***

Les experts estiment qu'un personnel correctionnel bien renseigné est essentiel à la prévention du suicide (Hayes, 1992). En effet, il est établi que certains signes et symptômes permettent de prévoir les comportements suicidaires. Aider le personnel à acquérir une connaissance de base du risque de suicide chez les détenus constitue donc l'un des principaux objectifs du présent rapport.

Le SCC a la chance de compter parmi son personnel des professionnels de la santé mentale qui possèdent une grande expertise clinique et s'intéressent à la recherche sur le suicide en milieu carcéral. Nous avons donc invité les spécialistes des régions à partager leurs connaissances sur le sujet. Le présent rapport contient à l'annexe A une recension récente de la littérature sur le sujet, faite par Natalie Polvi du Centre psychiatrique régional des Prairies à Saskatoon.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....1

DÉFINITIONS.....1
PROFIL DE LA POPULATION CARCÉRALE.....1
INCIDENCE DU SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS CARCÉRAUX FEDERAUX.....1
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....3

APERCU DE L'ANNEE 1996-1997.....5

ANTÉCÉDENTS CRIMINELS ET SENTENCE.....6
ANALYSE DES BESOINS DES DÉTENUS.....6
ANTÉCÉDENTS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES.....7
CIRCONSTANCES DU SUICIDE.....8

ÉTUDES DE CAS.....9

DÉLIQUANT N0 1.....10
DÉLIQUANT N0 2.....12
DÉLIQUANT N0 3.....15
DÉLIQUANT N0 4.....17
DÉLIQUANT N0 5.....19
DÉLIQUANT N0 6.....21
DÉLIQUANT N0 7.....24
DÉLIQUANT N0 8.....26
DÉLIQUANT N0 9.....28
DÉLIQUANT N0 10.....30
DÉLIQUANT N0 11.....32

ANALYSE DES RECOMMANDATIONS..... 34

PREVENTION PRIMAIRE.....34
A. Politiques et procédures.....34
B. Amélioration des communications et du partage de l'information..... 35
C. Aménagement physique de l, établissement, disponibilité d'équipement de secours et qualité de l'intervetion.....36
PREVENTION SECONDAIRE.....37
A. Repérage des détenus a risque élève.....37
B. Intervention.....37
RECOMMANDATIONS, 1996-1997.....38

CONCLUSION.....39

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE A : SUIVI DES RECOMMANDATIONS

ANNEXE B : LE SUICIDE EN MILIEU CARCERAL : REVUE DE LA LITTÉRATURE

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1. Rapports rétrospectifs antérieurs sur les suicides de détenus au SCC.....ii

Tableau 2. Répartition de la population carcérale par région et par sexe.....1

Figure 1. Nombre de suicides de détenus de 1991-1992 a 1996-1997.....2

Figure 2. Comparaison des meurtres et des suicides de détenus de 1991-92 a 1996-97.....2

Tableau 3. Nombre de suicides par région, de 1991-1992 a1996-1997.....3

Tableau 4 Profil démographique des détenus qui se sont suicides.....4

Tableau 5. Caractéristiques démographiques des détenus suicident en 1996-1997.....5

Tableau 6. Antécédents criminels des délinquants qui se sont suicides en 1996-1997.....6

Tableau 7. Besoins des délinquants qui se sont suicides en 1996-1997.....7

Tableau 8. Antécédents de santé mentale des délinquants suicides en 1996-1997.....7

Tableau 9. Circonstances des suicides commis en 1996-1997.....8

INTRODUCTION

Définitions

Aux fins du présent rapport, les termes *suicide* et *suicidaire* s'entendent des actes commis délibérément pour se donner la mort immédiatement. Le terme *idées de suicide* s'entend des cognitions allant des pensées passagères sur la futilité de sa vie aux idées délirantes profondes d'autodestruction, en passant par l'élaboration de projets concrets et bien pensés pour mettre fin à sa vie (Diekstra et Gulbinat, 1993).

Le terme *parasuicide* s'entend des comportements allant des actes qualifiés parfois de gestes suicidaires et de tentatives de manipulation aux tentatives de suicide graves qui échouent. Il désigne tout acte non mortel par lequel un individu cherche ou réussit à s'infliger des blessures, ou y serait parvenu sans l'intervention d'autres personnes. Il exclut l'automutilation habituelle (Diekstra et Gulbinat, 1993).

Profil de la population carcérale

Le Service correctionnel du Canada possède 50 établissements carcéraux (43 pour les hommes et 7 pour les femmes), 69 bureaux de libération conditionnelle, 17 bureaux de district et 15 centres correctionnels communautaires. Il a en outre accès à 168 centres résidentiels communautaires relevant d'organismes communautaires sans but lucratif. Au moment de la rédaction du présent rapport, il y avait environ 14 000 délinquants dans des établissements correctionnels fédéraux et 7 000 délinquants en liberté sous condition. La population carcérale sous responsabilité fédérale est répartie par région et par sexe au tableau 2 (septembre, 1997).

Tableau 2. Répartition de la population carcérale par région et par sexe.

	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Pacifique	Total
Hommes	1 302	3 618	3 428	3 223	1 847	13 418
Femmes	33	65	104	85	37	324
Total	1 335	3 683	3 532	3 308	1 884	13 742

Incidence du suicide dans les établissements carcéraux fédéraux

Au total, 93 détenus se sont donné la mort entre le début de l'année financière 1991-1992 et la fin de l'année financière 1996-1997. Comme le montre la figure 1, c'est en 1996-1997 que l'incidence de suicides a atteint son plus bas niveau depuis que le SCC publie des rapports rétrospectifs sur le sujet. Les données sont exprimées en chiffres absolus aussi bien qu'en taux pour 10 000 délinquants. Bien que la baisse récente du nombre de suicides soit encourageante, le suicide demeure la principale cause de décès parmi les délinquants sous responsabilité fédérale. Comme le fait voir

la figure 2, les détenus sont plus susceptibles de se donner eux-mêmes la mort que de se faire assassiner par d'autres détenus.

Figure 1. Nombre de suicides de détenus de 1991-1992 à 1996-1997.

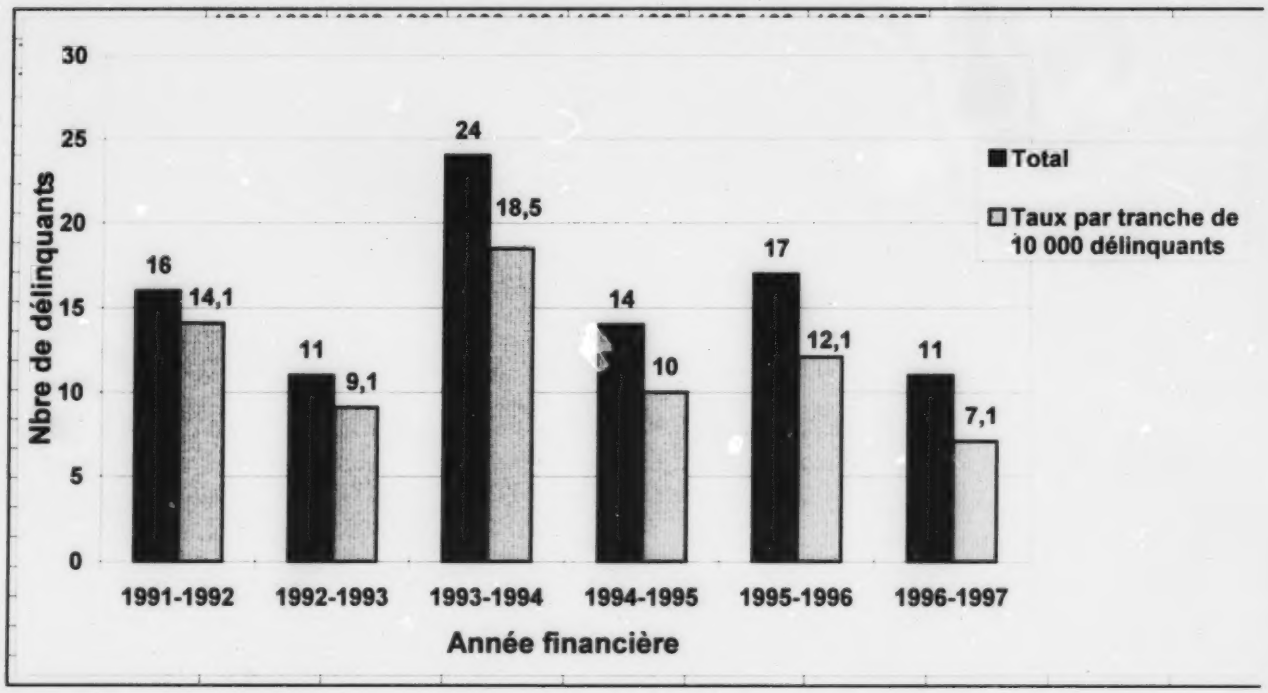
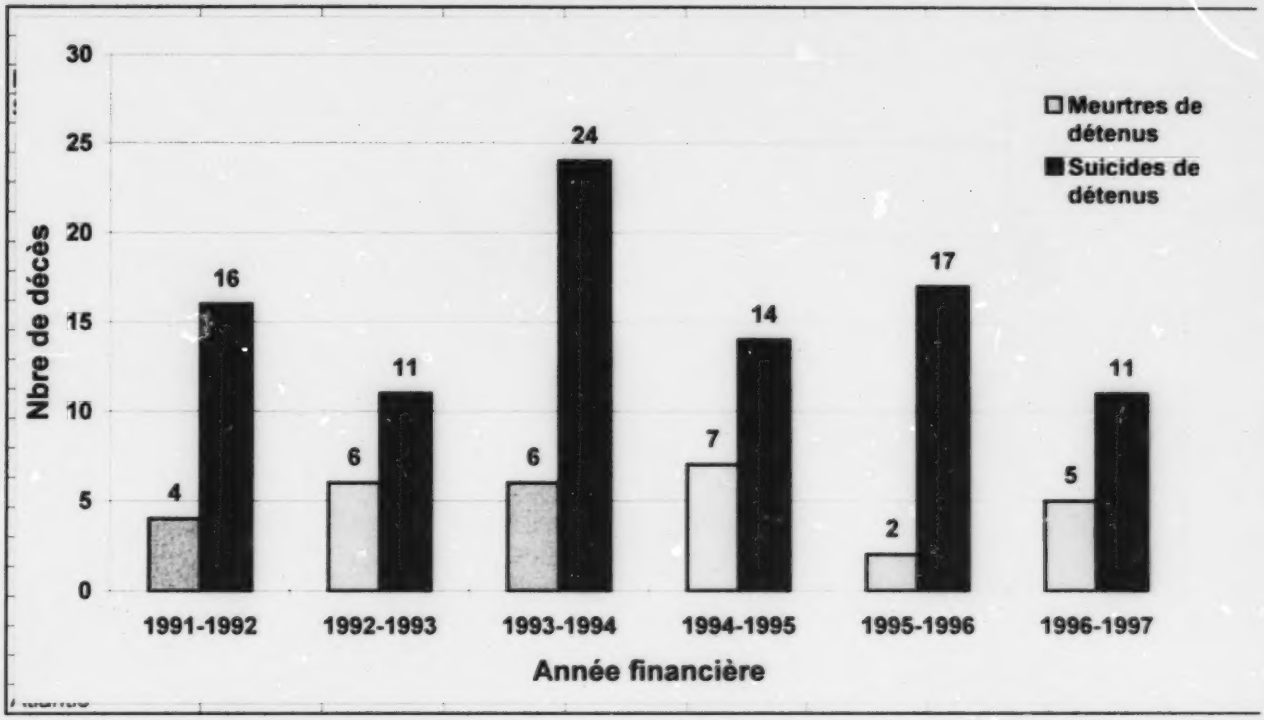


Figure 2. Comparaison des meurtres et des suicides de détenus de 1991-1992 à 1996-1997.



M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

Micromedia
ProQuest

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Données démographiques

Sexe

Le suicide chez les détenus sous responsabilité fédérale est un phénomène presque exclusivement masculin : 92 hommes et une seule femme se sont suicidés depuis la période de référence du premier rapport rétrospectif. Ce n'est peut-être pas étonnant, étant donné la forte sous-représentation des femmes dans la population carcérale. De fait, l'incidence plus élevée de suicide chez les hommes n'est pas propre aux établissements correctionnels fédéraux; c'est un phénomène qui se retrouve dans l'ensemble de la population canadienne où le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Santé Canada, 1994). Cependant, les chiffres absolus présentés dans ces pages peuvent être trompeurs. Bien qu'il soit pratiquement impossible d'arriver à des taux d'incidence significatifs dans notre très petite population carcérale féminine (faibles taux de base), Liebling (1994) a constaté que dans la population carcérale d'Angleterre, le taux de suicide était effectivement aussi élevé chez les femmes que chez les hommes. De plus, certaines études montrent qu'en milieu carcéral, les femmes sont plus susceptibles de se livrer à des comportements autodestructeurs, par exemple à se taillader les chairs ou à se cogner la tête, que ne le sont les hommes (Ramsay, 1987). Il ne faut donc pas considérer que les femmes présentent un faible risque de suicide.

Région

La comparaison directe des taux de suicide de régions dont la taille de la population de référence varie beaucoup peut être trompeuse. Plusieurs études épidémiologiques ont cependant montré qu'au Canada, le Québec et l'Alberta avaient les taux de suicide les plus élevés, alors que l'Ontario et Terre-Neuve avaient les taux les plus faibles (Santé Canada, 1994). Dans la population carcérale, la région du Québec a compté à elle seule presque autant de suicides au cours des six dernières années que l'ensemble des autres régions réunies (tableau 3). Par contraste, le suicide est extrêmement rare parmi les détenus incarcérés dans la région du Pacifique.

Tableau 3. Nombre de suicides par région, de 1991-1992 à 1996-1997.

	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	Total
Atlantique	2	0	2	1	1	1	7
Québec	6	9	11	6	8	5	45
Ontario	5	1	5	4	4	4	23
Prairies	2	1	5	3	3	0	14
Pacifique	1	0	1	0	1	1	4
Total	16	11	24	14	17	11	93

Le tableau 4 présente d'autres données démographiques sur les détenus qui se sont donné la mort au cours des cinq dernières années. Ces détenus ressemblent beaucoup aux autres membres de la population carcérale générale sous responsabilité fédérale. Comme le fait voir le tableau, la plupart des suicidés étaient de race blanche, avaient moins de 39 ans et purgeaient une peine de deux à cinq ans. De plus, ils étaient généralement célibataires et incarcérés dans un établissement à sécurité moyenne. Faut-il enfin faire observer que l'on retrouve chez les suicides une surreprésentation quant à ceux ayant purgé leur peine dans un établissement à sécurité maximum; ayant été célibataires. De plus amples recherches pourraient nous aider à déterminer si ces différences sont statistiquement significatives.

Tableau 4. Profil démographique des détenus qui se sont suicidés entre 1991-1992 et 1996-1997 (N=93) comparé à la population totale des détenus.

	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	# total (%) de suicidés	% des détenus fédéraux[1]
Age								
20 - 29 ans	8	4	10	4	2	6	34 (37)	32
30 - 39 ans	4	4	10	4	12	4	38 (41)	37
40 - 49 ans	3	1	3	2	2	1	12 (13)	20
50 ans +	1	2	1	4	1	0	9 (10)	12
Race								
Blancs	14	9	23	14	13	9	82 (89)	77
Autochtones	2	2	1	0	2	1	8 (9)	16
Noirs	0	0	0	0	2	1	3 (3)	7
État matrimonial								
Célibataires	11	7	18	7	11	9	65 (70)	57
Conjoints de fait	4	3	5	4	3	1	20 (22)	30
Mariés	1	1	1	3	1	1	8 (9)	12
Peine								
2 - 5 ans	5	4	8	4	10	3	34 (37)	41
6 - 9 ans	2	4	9	4	2	3	24 (26)	29
10 ans +	3	0	0	2	2	0	7 (8)	12
À perpétuité ou indéterminée	6	3	7	4	3	5	28 (30)	18
Niveau de sécurité								
Maximale	4	3	7	3	3	4	24 (26)	13
Moyenne	12	7	16	9	13	7	64 (69)	66
Minimale	0	1	1	2	1	0	5 (5)	21

[1] Données du 31 octobre 1997.

Données démographiques

Sexe

Le suicide chez les détenus sous responsabilité fédérale est un phénomène presque exclusivement masculin : 92 hommes et une seule femme se sont suicidés depuis la période de référence du premier rapport rétrospectif. Ce n'est peut-être pas étonnant, étant donné la forte sous-représentation des femmes dans la population carcérale. De fait, l'incidence plus élevée de suicide chez les hommes n'est pas propre aux établissements correctionnels fédéraux; c'est un phénomène qui se retrouve dans l'ensemble de la population canadienne où le taux de suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Santé Canada, 1994). Cependant, les chiffres absolus présentés dans ces pages peuvent être trompeurs. Bien qu'il soit pratiquement impossible d'arriver à des taux d'incidence significatifs dans notre très petite population carcérale féminine (faibles taux de base), Liebling (1994) a constaté que dans la population carcérale d'Angleterre, le taux de suicide était effectivement aussi élevé chez les femmes que chez les hommes. De plus, certaines études montrent qu'en milieu carcéral, les femmes sont plus susceptibles de se livrer à des comportements autodestructeurs, par exemple à se taillader les chairs ou à se cogner la tête, que ne le sont les hommes (Ramsay, 1987). Il ne faut donc pas considérer que les femmes présentent un faible risque de suicide.

Région

La comparaison directe des taux de suicide de régions dont la taille de la population de référence varie beaucoup peut être trompeuse. Plusieurs études épidémiologiques ont cependant montré qu'au Canada, le Québec et l'Alberta avaient les taux de suicide les plus élevés, alors que l'Ontario et Terre-Neuve avaient les taux les plus faibles (Santé Canada, 1994). Dans la population carcérale, la région du Québec a compté à elle seule presque autant de suicides au cours des six dernières années que l'ensemble des autres régions réunies (tableau 3). Par contraste, le suicide est extrêmement rare parmi les détenus incarcérés dans la région du Pacifique.

Tableau 3. Nombre de suicides par région, de 1991-1992 à 1996-1997.

	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	Total
Atlantique	2	0	2	1	1	1	7
Québec	6	9	11	6	8	5	45
Ontario	5	1	5	4	4	4	23
Prairies	2	1	5	3	3	0	14
Pacifique	1	0	1	0	1	1	4
Total	16	11	24	14	17	11	93

Le tableau 4 présente d'autres données démographiques sur les détenus qui se sont donné la mort au cours des cinq dernières années. Ces détenus ressemblent beaucoup aux autres membres de la population carcérale générale sous responsabilité fédérale. Comme le fait voir le tableau, la plupart des suicidés étaient de race blanche, avaient moins de 39 ans et purgeaient une peine de deux à cinq ans. De plus, ils étaient généralement célibataires et incarcérés dans un établissement à sécurité moyenne. Faut-il enfin faire observer que l'on retrouve chez les suicides une surreprésentation quant à ceux ayant purgé leur peine dans un établissement à sécurité maximum; ayant été célibataires. De plus amples recherches pourraient nous aider à déterminer si ces différences sont statistiquement significatives.

Tableau 4. Profil démographique des détenus qui se sont suicidés entre 1991-1992 et 1996-1997 (N=93) comparé à la population totale des détenus.

	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	# total (%) de suicidés	% des détenus fédéraux[1]
Age								
20 - 29 ans	8	4	10	4	2	6	34 (37)	32
30 - 39 ans	4	4	10	4	12	4	38 (41)	37
40 - 49 ans	3	1	3	2	2	1	12 (13)	20
50 ans +	1	2	1	4	1	0	9 (10)	12
Race								
Blancs	14	9	23	14	13	9	82 (89)	77
Autochtones	2	2	1	0	2	1	8 (9)	16
Noirs	0	0	0	0	2	1	3 (3)	7
État matrimonial								
Célibataires	11	7	18	7	11	9	65 (70)	57
Conjoints de fait	4	3	5	4	3	1	20 (22)	30
Mariés	1	1	1	3	1	1	8 (9)	12
Peine								
2 - 5 ans	5	4	8	4	10	3	34 (37)	41
6 - 9 ans	2	4	9	4	2	3	24 (26)	29
10 ans +	3	0	0	2	2	0	7 (8)	12
À perpétuité ou indéterminée	6	3	7	4	3	5	28 (30)	18
Niveau de sécurité								
Maximale	4	3	7	3	3	4	24 (26)	13
Moyenne	12	7	16	9	13	7	64 (69)	66
Minimale	0	1	1	2	1	0	5 (5)	21

[1] Données du 31 octobre 1997.

APERÇU DE L'ANNÉE 1996-1997

Onze détenus se sont suicidés dans des établissements carcéraux fédéraux entre le 1er avril 1996 et le 31 mars 1997. Un de ces décès serait attribuable à l'asphyxie autoérotique[2] et, par conséquent, devrait peut-être être exclu du présent rapport. Cependant, comme la cause exacte de la mort de ce détenu n'a pas été établie définitivement, il est inclus dans les statistiques sur les suicides. Malgré l'inclusion de ce décès parmi les suicides, 1996-1997 est l'année où le nombre de suicides dans la population carcérale a atteint son plus bas niveau depuis que le SCC publie des rapports rétrospectifs sur le sujet. Tous les suicidés étaient des hommes âgés de 20 à 43 ans (âge moyen = 29,6 ans; écart-type = 6,3). Le tableau 5 présente diverses caractéristiques démographiques de ces détenus.

Tableau 5. Caractéristiques démographiques des détenus qui se sont suicidés en 1996-1997 (N=11).

Région		
	Québec	5
	Ontario	4
	Atlantique	1
	Pacifique	1
	Prairies	0
Race		
	Blancs	9
	Autochtones	1
	Noirs	1
État matrimonial		
	Célibataires	9
	Mariés	1
	Conjoints de fait	1
Niveau de sécurité		
	Moyenne	7
	Maximale	4
	Minimale	0
Niveau de scolarité		
	Des études secondaires	7
	8e année ou moins	2
	Diplôme d'études secondaires	2

[2] L'asphyxie autoérotique est une forme d'excitation sexuelle telle que la personne est privée d'oxygène au moyen d'une corde, d'une ligature, d'un sac de plastique, d'un masque, d'un produit chimique ou de la compression de la poitrine, mais se ménage la possibilité d'échapper à l'asphyxie avant de perdre connaissance. Une défaillance du dispositif, une erreur dans la mise en place de la corde ou de la ligature, ou une autre erreur peut provoquer la mort accidentelle (Uva, 1995).

Antécédents criminels et sentence

La caractéristique la plus frappante des détenus qui se sont suicidés au cours de l'année de référence est peut-être la nature violente de leurs infractions. Bon nombre des crimes commis par ces personnes furent très médiatisés. Cinq des onze détenus avaient des antécédents de crimes sexuels avec violence, et cinq purgeaient une peine d'emprisonnement à perpétuité ou une peine d'une durée indéterminée. Un des suicidés avait été déclaré délinquant dangereux, alors qu'un autre faisait l'objet d'une demande de désignation à ce titre.

Tableau 6. Antécédents criminels des délinquants qui se sont suicidés en 1996-1997 (N=11).

Infraction à l'origine de la peine actuelle		
	Infraction sexuelle	4
	Meurtre au deuxième degré	3
	Voies de fait	1
	Vol qualifié	1
	Introduction par effraction / vol	2
Nombre ayant purgé des peines antérieures de ressort provincial		6
Nombre ayant purgé des peines antérieures de ressort fédéral		2
Nombre ayant commis des infractions disciplinaires graves		6
Nombre ayant commis des infractions disciplinaires mineures		7
Nombre moyen de mois d'incarcération comme adulte[3]		76
Partie de la peine actuelle purgée en moyenne (en mois)		50

Analyse des besoins des détenus

Tout comme les autres membres de la population carcérale générale, les détenus qui se sont donné la mort au cours de l'année de référence avaient divers problèmes. La plupart d'entre eux avaient des antécédents d'abus d'alcool et de drogues, et beaucoup avaient été victimes de violence physique ou sexuelle dans leur enfance (tableau 7).

[3] Depuis que le détenu relève des tribunaux pour adultes.

Tableau 7. Besoins des délinquants qui se sont suicidés en 1996-1997 (N=11).

		# total et (%) de sucidés	% des détenus fédéraux
EMPLOI			
	N'avait pas ou peu d'antécédents professionnels	11 (100)	11
	N'avait pas de métier ni de profession	10 (90)	57
	Avait des problèmes psychologiques qui réduisaient son aptitude au travail	4 (36)	s.o.
	Avait un handicap physique ou un problème de santé qui réduisait son aptitude au travail	3 (27)	15
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
	Victime de violence physique dans son enfance	5 (45)	s.o.
	Témoin de violence conjugale ou d'une autre forme de violence familiale dans son enfance	4 (36)	30
	Parents divorcés ou séparés	3 (27)	s.o.
	Victime de violence sexuelle dans son enfance	2 (18)	s.o
ABUS DE SUBSTANCES INTOXICANTES			
	Antécédents d'abus d'alcool	8 (72)	59
	Antécédents d'abus de drogues	8 (72)	64
FRÉQUENTATIONS			
	Fréquentait beaucoup de criminels dans la collectivité	9 (81)	63

Antécédents psychologiques et psychiatriques

Dix des onze détenus qui se sont enlevé la vie en 1996-1997 avaient fait l'objet d'une évaluation psychologique ou psychiatrique quelconque. Un diagnostic de trouble de la personnalité avait été porté dans au moins quatre cas, et des médicaments psychotropes avaient été prescrits à quatre des détenus en question. Fait à noter, huit des détenus de l'échantillon avaient déjà tenté de se suicider, et six s'étaient déjà livrés à des actes d'automutilation (tableau 8).

Tableau 8. Antécédents de santé mentale des délinquants qui se sont suicidés en 1996-1997 (N=11).

Tentatives de suicide antérieures	8
Automutilations antérieures	6
Participation à des programmes de santé mentale	7
Counseling psychologique ou psychiatrique avant le suicide	8
Antécédents documentés d'idées de suicide	4
Diagnostic de trouble de la personnalité	4
Prescription antérieure de médicaments psychotropes	4
Antécédents de dépression	6

Circonstances du suicide

Tous les détenus en question sont morts asphyxiés par pendaison, sauf un qui est mort d'une surdose médicamenteuse. Bien qu'il soit toujours difficile de déduire le motif de la victime à partir de sa mort, les comités d'enquête désignent le plus souvent les stress causés par d'autres détenus (p. ex. en raison de la nature de l'infraction commise par la victime ou de ses dettes de drogue) comme les principaux agents ayant poussé le détenu à se donner la mort.

Tableau 9. Circonstances des suicides commis en 1996-1997 (N=11)

Méthode		
	Pendaison	10
	Surdose	1
Lieu		
	Cellule	10
	Douches	1
Cause immédiate		
	Pressions exercées par d'autres détenus	5
	Dettes de drogue	2
	Demande de mise en liberté sous condition rejetée	1
	Échec de la liberté sous condition	1
Mot d'explication		4
Attendait son transfèrement		2
En isolement préventif contre son gré		1
En isolement disciplinaire		0
En isolement préventif à sa demande		3

ÉTUDES DE CAS

La présente section du rapport contient un court profil de chacun des suicides commis au cours de l'année financière 1996-1997. Chacune de ces études de cas se compose de trois parties. La première situe l'incident dans son contexte et présente une liste de variables qui sont en corrélation avec le suicide chez les détenus (selon la recension de la littérature sur le sujet, présentée à l'annexe B). La variable est cochée sous le « O » ou le « N », selon que le détenu possédait la caractéristique en question ou pas. Le but est de situer l'analyse des cas dans le contexte de la littérature la plus récente sur le sujet. Ces profils pourront aussi servir de points de départ à l'avenir dans l'exécution de projets de recherche et dans la rédaction des rapports rétrospectifs.

La deuxième partie se compose d'un bref exposé du cas, axé sur le rapport du comité d'enquête. Elle vise à informer le lecteur des circonstances dans lesquelles s'insèrent les recommandations du comité, qui constituent la troisième et dernière partie de l'étude de cas.

En général, chaque institution est responsable de développer un plan d'action pour chaque recommandation émise par le comité d'enquête. Certaines recommandations présentant un impact significatif peuvent être ultérieurement adoptées à une échelle nationale. Ceci étant, doit-on faire remarquer que trois comités d'enquête ayant été mandatés d'investiguer des suicides en milieu pénitencier cette année n'ont formulé aucune recommandation.

Il est à noter que l'auteur a évité de tirer des conclusions au sujet de ces détenus. Par exemple, il est tentant de conclure au désespoir ou à la dépression des détenus qui se sont suicidés, mais ce n'est pas toujours vrai. Par conséquent, aucune conclusion n'est tirée à l'égard d'une variable quelconque, à moins que la constatation ne soit formulée explicitement dans le rapport du comité d'enquête.

Délinquant n° 1

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Archambault
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	31 janvier 1996
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Introduction par effraction, complot d'introduction par effraction dans un dessein criminel, vol de plus de 1 000 $, possession d'outils de cambriolage, possession de stupéfiants

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	29 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	2 ans
	Partie de la peine déjà purgée	8 mois, 8 jours

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		O	N	Inc.
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		O	N	Inc.
	Idées de suicide et intention suicidaire	v		
	Projet de suicide	v		
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique	v		
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le détenu avait de la difficulté à s'adapter à la vie dans la population carcérale générale de cet établissement. Il comptait des ennemis parmi les autres détenus, notamment parmi ceux qui faisaient partie d'une bande de motards, et il semblait toujours craindre pour sa vie. Il s'est infligé des blessures et a attenté à sa vie plusieurs fois avant de se donner la mort. Bon nombre de ces gestes furent considérés comme des comportements manipulateurs et comme des moyens d'éviter les pressions exercées par d'autres détenus.

Sa dernière tentative de suicide a eu lieu quatre jours avant sa mort. Il a été traité à l'hôpital puis a réintégré l'aire d'isolement (dans une cellule sans caméra). Une note de service a été adressée aux agents de correction, les priant d'accorder une attention toute particulière à ce détenu en raison du risque élevé de suicide qu'il posait.

Le comité d'enquête a jugé que les mesures prises après les tentatives de suicide antérieures de ce détenu avaient été mal conduites. Sa surveillance dans l'aire d'isolement fut considérée inadéquate. Le comité estimait en outre que la transmission de l'information entre les membres du personnel avait manqué de continuité et d'uniformité.

Les mesures d'urgence prises par le personnel dès que le corps du détenu a été découvert témoignaient d'une grande diligence et d'un grand professionnalisme.

Une séance d'aide psychologique a été offerte à tous les employés qui sont intervenus lors de l'incident, mais ils l'auraient refusée, semble-t-il. Aucune aide de ce genre n'a été offerte aux détenus.

Recommandations

- Que la direction veille à ce que le personnel se conforme fidèlement aux ordres permanents.
- Que les délinquants qui ont tenté de se suicider récemment subissent une évaluation psychologique complète.
- Que la direction examine les moyens de communication au sein du personnel et veille à ce qu'ils soient efficients, compris et utilisés.
- Que la direction veille à ce que le personnel utilise comme il faut les cellules équipées d'une caméra de surveillance.

Délinquant n° 2

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Warkworth
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	10 juin 1993
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Agression armée (motif sexuel)

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	32 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	Indéterminée (D.D.)
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/10/12

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire	v		
	Projet de suicide	v		
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial		v	

Exposé

Les antécédents criminels du détenu se composaient de six condamnations pour des infractions sexuelles ou des infractions ayant un motif sexuel. Il se souvenait d'avoir agressé sexuellement vingt et une personnes au total, y compris les victimes des crimes portés à la connaissance des autorités. En proie à des sentiments de dépression presque toute sa vie, il avait effectivement attenté à sa vie au moins une fois avant de se suicider et avait préparé au moins deux autres tentatives. Certains estimaient que ce détenu ne pouvait plus vivre avec sa déviation sexuelle et les troubles émotifs qu'elle suscitait en lui.

Le détenu a fixé deux cordes faites de lacets de bottine à la tête de l'extincteur automatique en saillie sur le mur de sa cellule, au-dessus de la porte. Il a laissé un mot d'explication.

Le comité d'enquête a jugé que le personnel de l'établissement avait pris des mesures adéquates lors des tentatives de suicide antérieures du détenu, et que rien ne laissait présager ce suicide. Le personnel est intervenu rapidement et de manière compétente au moment du suicide. Une aide psychologique a été dispensée à la suite de l'incident aux membres du personnel touchés, mais pas aux délinquants, à ce qu'il paraît. Les détenus qui étaient liés d'amitié avec la victime estimaient qu'on aurait pu les informer de sa mort plus tôt.

Le comité d'enquête était préoccupé par le fait que certains détenus étaient mal renseignés sur la mise sous observation des candidats au suicide dans cet établissement. Quand le personnel estime qu'un détenu présente un danger immédiat de suicide, il le place dans une cellule d'observation nue où il l'observe à toutes les 15 minutes jusqu'à ce qu'il juge la crise passée. Le candidat au suicide bénéficie également de counseling. En raison du manque d'espace et des compressions budgétaires, la cellule d'observation des candidats au suicide est située dans l'aire d'isolement, ce qui fait croire à certains détenus que cette mise sous surveillance est en réalité une forme de punition.

Recommandations

- Que l'on examine les têtes d'extincteur automatique pour établir si elles possèdent les caractéristiques exigées. Le modèle installé dans cet établissement aurait dû fléchir sous le poids du détenu.

- Que les mesures suivantes soient prises pour améliorer le programme de gestion du stress à la suite d'un incident grave :

  (i) créer des séances collectives d'aide à l'intention de deux groupes distincts d'employés touchés par le suicide d'un détenu, le premier groupe étant composé des employés qui sont intervenus lors de l'incident, et le second des employés qui se considéraient des amis ou des conseillers de la victime ou estimaient être en situation de confiance à son égard;

(ii) élaborer un processus permettant de repérer rapidement les détenus qui étaient liés d'amitié avec la victime afin de leur offrir une aide pour surmonter leur stress émotionnel.

- Que les mesures suivantes soient prises pour améliorer le programme de prévention du suicide et mieux le faire connaître :

  (i) organiser à l'intention de la population carcérale des séances d'information sur la nature et la raison d'être du programme de prévention du suicide, en veillant tout particulièrement à renseigner les détenus sur la mise sous observation des candidats au suicide et sur les raisons des pratiques actuelles;

  (ii) organiser à l'intention du personnel des séances d'information sur le programme de prévention du suicide et sur la fréquence des idées de suicide dans la population carcérale;

  (iii) lors de la planification de travaux de construction et du réaménagement des effectifs, songer à aménager la cellule d'observation des candidats au suicide ailleurs que dans l'aire d'isolement;

  (iv) évaluer divers programmes bénévoles de prévention du suicide et programmes de soutien mutuel entre détenus, qui existent déjà au sein du SCC en vue d'en adopter un à l'établissement de Warkworth.

Délinquant n° 3

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Leclerc
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	24 avril 1994
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Vol à main armée, complot de commettre un acte criminel, usage d'une arme à feu

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	35 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	6 ans
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/09/29

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		O	N	Inc.
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)		v	
	Antécédents d'impulsivité		v	
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		O	N	Inc.
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide		v	
	Désespoir			v
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression		v	
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues			v
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le délinquant en question purgeait sa deuxième peine sous responsabilité fédérale et faisait le trafic de drogues au sein de l'établissement. D'aucuns ont attribué son suicide à ses nombreuses dettes de drogues. Il a en fait consommé régulièrement des drogues dures (de l'héroïne) pendant qu'il était incarcéré à l'établissement Leclerc. Il n'a présenté aucun signe précurseur et n'avait pas d'antécédents documentés de tentatives de suicide ou d'automutilation.

Le comité d'enquête était préoccupé par le fait que le personnel n'avait pas saisi toute l'ampleur du problème de toxicomanie du délinquant. Il a aussi signalé que le système de poinçon électronique que les agents de correction utilisent pour enregistrer leurs tournées ne fonctionnait pas comme il faut. À ce qu'il paraît, le système avait été saccagé au cours des mois précédant l'incident, et l'établissement avait pris toutes les mesures possibles pour remédier au problème. Bien que cette défaillance du matériel n'ait eu aucune portée sur la mort du détenu, elle a empêché le comité d'enquête de vérifier l'heure et la fréquence des tournées des agents de correction. Le comité a aussi signalé que contrairement aux agents de correction qui sont intervenus dans l'incident et furent autorisés à quitter l'établissement quand la crise immédiate a été passée, l'infirmière de service a dû rester à son poste. Il semble qu'on n'ait pas réussi à lui trouver une remplaçante, et elle a donc été obligée de travailler jusqu'à son heure normale de départ.

Le comité d'enquête a jugé l'intervention du personnel efficiente et rapide. Une aide psychologique a été dispensée aux employés qui sont intervenus, et le psychologue de l'établissement s'est rendu auprès des détenus qui avaient travaillé avec le suicidé.

Recommandations.

- Que le coordonateur du programme d'analyse d'urine à l'établissement Leclerc, qui détient une expertise particulière en matière de toxicologie, partage ses observations avec l'équipe de gestion de cas, lorsque le détenu présente un profil évident de toxicomane;

- Que les poinçons électroniques soient fonctionnels, car ils assurent la validité des données relatives aux vérifications sécuritaires des cellules et pavillons;

- Que l'infirmière ait la possibilité de quitter son poste de travail lorsqu'elle intervient dans le contexte d'un incident critique;

- Que la gestion de l'établissement s'assure que le personnel impliqué dans des incidents critiques reçoive les services professionnels dont il a besoin;

- Les articles 16 et 18 de l'ordre de poste 6.72 méritent d'être précisés relativement au nombre d'agents de correction qui doivent être présents lors de l'ouverture d'une porte de cellule, en cas de tentative de suicide.

Délinquant n° 4

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Mountain
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	13 novembre 1996
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Meurtre au premier degré, agression sexuelle

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	20 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	À perpétuité
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/09/27

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques	v		
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues		v	
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide		v	
	Désespoir		v	
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense			v
	Symptômes de dépression		v	
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial		v	

Exposé

Le détenu dans ce cas notoire purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour l'agression sexuelle et le meurtre d'une fillette de six ans. D'après ses propres déclarations, il aurait attenté à sa vie à trois reprises avant de réussir à se donner la mort, y compris deux fois dans un centre de détention pour jeunes contrevenants. Selon les comptes rendus des évaluations psychologiques qu'il avait subies, sa situation familiale instable aurait contribué à ses problèmes d'adaptation, à son manque d'estime de soi, à son angoisse excessive, à son impulsivité et à sa difficulté à communiquer.

Le comité d'enquête n'a pas réussi à déterminer le motif du décès dans ce cas et a présenté trois hypothèses : un suicide délibéré, un suicide accidentel (le sujet espérant qu'on vienne à son secours) ou l'asphyxie autoérotique. Quel que fût le motif de la victime, il a été établi que le personnel de sécurité et le personnel infirmier étaient intervenu de façon adéquate et compétente au moment de l'incident. La documentation constituée par le personnel de sécurité était conforme aux exigences. Le fait qu'il n'y ait généralement qu'une infirmière de service en soirée à l'infirmerie préoccupait le comité d'enquête. Étant seule, l'infirmière a de la difficulté à intervenir dans une situation d'urgence sans accompagnateur pour l'aider à transporter le matériel de secours. De plus, le personnel infirmier a été exclu de la séance d'aide psychologique organisée à la suite de l'incident à cause d'un défaut de communication, mais une séance distincte lui a été offerte par la suite. Le comité d'enquête a aussi soulevé le fait que le centre de contrôle ne possédait pas la liste des numéros de téléphone du personnel du service de psychologie de l'établissement afin de pouvoir le rejoindre rapidement lorsqu'une aide psychologique était requise après un incident grave.

Recommandations

- Que le personnel soit félicité pour son intervention rapide et compétente.

- Que l'infirmerie élabore des politiques et procédures régissant la prestation des soins infirmiers afin de guider le personnel infirmer et de respecter le code de déontologie de l'organisme provincial de réglementation de la profession. Entre autres, l'infirmier ou l'infirmière devrait être obligé de décrire les soins dispensés dans chaque *Déclaration/rapport d'observations d'un agent* qu'il remplit.

- Lorsqu'une situation d'urgence se présente et que les services d'une infirmière sont requis, qu'un agent soit chargé de se rendre à l'infirmerie pour accompagner l'infirmière jusqu'aux lieux de la crise et l'aider à transporter le matériel de secours requis.

- Que le centre de contrôle possède la liste des numéros de téléphone de tous les membres du personnel afin de pouvoir les rejoindre rapidement en cas d'urgence.

Délinquant n° 5

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Centre régional de traitement (Ontario)
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	7 avril 1995
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Agression sexuelle

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	43 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	5 ans
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/07/19

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		O	N	Inc.
	Antécédents psychiatriques	v		
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)		v	
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille			v

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		O	N	Inc.
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide		v	
	Désespoir			v
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose	v		
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le délinquant purgeait sa première peine sous responsabilité fédérale pour agression sexuelle. Il souffrait de schizophrénie et était traité au Centre régional de traitement de l'Ontario (un établissement psychiatrique de l'annexe 1) en exécution d'une ordonnance de traitement. Il ne présentait aucun signe précurseur et n'avait pas d'antécédents documentés de comportement suicidaire ou d'automutilation. Dans les jours qui ont précédé sa mort, il s'était toutefois entretenu avec son agent de gestion de cas au sujet de l'examen de son cas par la Commission nationale des libérations conditionnelles en vue de son éventuel maintien en incarcération. Trois membres du personnel l'ont observé et ont eu des contacts avec lui dans l'heure qui a précédé son geste.

Une aide psychologique a été dispensée à la suite de l'incident, mais elle n'était pas conforme à la politique et aux procédures du SCC et n'a pas répondu aux besoins des employés touchés.

Lors de l'étude des autres questions prévues dans son mandat, le comité d'enquête a établi que le personnel était intervenu avec compétence, efficacité et efficience.

Recommandations

- Que l'établissement s'équipe d'un appareil manuel de succion dont il pourra se servir dans des urgences médicales.

- Que les agents de correction soient équipés d'un appareil de communication afin de pouvoir prendre contact avec le personnel du bureau de l'unité lorsqu'une situation d'urgence se présente au sein de l'unité.

- Qu'après s'être entretenu avec un délinquant d'un sujet fâcheux ou bouleversant pour ce dernier, l'agent de gestion de cas en informe officiellement le personnel de première ligne.

- Que le Comité régional de gestion du stress à la suite d'un incident critique examine l'aide dispensée à la suite de cet incident et propose des réformes au chef de l'équipe de gestion du stress à la suite d'un incident critique.

- Que la direction félicite officiellement les employés qui sont intervenus lors cet incident pour leur professionnalisme et leur compétence.

Délinquant n° 6

Contexte

Méthode	Surdose médicamenteuse
Établissement	Millhaven
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	16 novembre 1994
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Agression sexuelle, séquestration

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	21 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	8 ans
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/05/05

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques	v		
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité			v
	Antécédents de suicide dans la famille			v

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire	v		
	Projet de suicide	v		
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues			v
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique	v		
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le délinquant a été transféré à l'établissement de Millhaven après avoir perpétré un crime de violence contre un membre du personnel. Il devait être transféré à l'Unité spéciale de détention au Québec, mais avait été retenu à l'établissement de Millhaven pour la durée de son procès. Moins de douze heures avant sa mort, il a été reconnu coupable de quatre autres infractions, y compris de séquestration et d'agression sexuelle. Le ministère public avait l'intention de demander qu'il soit déclaré délinquant dangereux.

Au dire de la plupart des gens qui étaient en contact avec le délinquant, c'était un égocentrique qui n'assumait pas la responsabilité de sa sécurité personnelle ni de la sécurité des personnes qui l'entouraient. Il se tenait à l'écart des autres et avait souvent menacé de s'infliger des blessures ou de blesser d'autres personnes. Pendant presque tous les 21 mois qu'il a passés à l'établissement de Millhaven, il était sous observation à l'aire d'isolement à cause du risque de suicide qu'il présentait. Dans les mois qui ont précédé sa mort, il a amassé et caché la plupart de ses médicaments. Sa surveillance en cas de suicide a malheureusement eu peu d'effet pratique sur son mode de vie par rapport à celui des autres détenus qui n'étaient pas sous observation. Le comité d'enquête a jugé que l'administration des médicaments du délinquant n'était pas contrôlée adéquatement, qu'il avait accès à tous les effets habituels gardés en cellule, y compris ceux qui se prêteraient à l'exécution de projets suicidaires, que sa cellule n'était pas fouillée très souvent, et que les agents ne multipliaient pas leurs tournées quotidiennes pour l'observer dans sa cellule. Il est mort d'un œdème pulmonaire provoque une surdose médicamenteuse.

Le comité d'enquête a jugé que la mort du délinquant était un acte d'agression délibéré et n'était probablement pas attribuable à des sentiments dépressifs. Dans le mot d'explication que le délinquant a laissé, il s'est décrit comme une victime et à rejeter la responsabilité de son acte sur les professionnels qui étaient chargés de lui et n'avaient pas su répondre à ses besoins.

Recommandations

- Que l'établissement modifie son ordre permanent concernant le suicide de manière à y incorporer une stratégie de prévention solide et pratique, fondée sur une évaluation valable du risque.

- Que l'on envisage, cas par cas, d'effectuer le transfèrement de détenus à l'Unité spéciale de détention dès que possible après son autorisation, en particulier lorsque le détenu en question doit subir un procès qui s'annonce long. Lorsque le transfèrement ne peut être effectué dans de brefs délais, que le délinquant soit soumis à une évaluation sans tarder et participe à des programmes répondant à ses besoins.

- Que l'ordre permanent concernant les médicaments et les fournitures médicales soit révisé de manière à y incorporer la nouvelle méthode de distribution adoptée à l'unité d'isolement aussi bien que dans l'ensemble de l'établissement.

- Qu'un plan général de fouilles soit élaboré en conformité avec le *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Le plan devrait prévoir des mesures pour répondre aux besoins particuliers des détenus sous observation à cause du risque de suicide qu'ils présentent, et devrait préciser le rendement qui est attendu du personnel. Le plan devrait être réexaminé au moins une fois par année.

- Que les renseignements sur les détenus placés en isolement et sous observation en cas de suicide soient communiqués en temps opportun à tous les membres du personnel qui doivent être au courant. L'agent de correction II de l'unité d'isolement à l'établissement de Millhaven devrait faire partie de l'équipe de santé mentale.

- Que l'ordre permanent concernant le counseling en cas de stress post-traumatique soit révisé pour le rendre conforme à la politique et aux pratiques actuelles du SCC.

Délinquant n° 7

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Archambault
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	16 septembre 1996
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Voies de fait, usage de la force, menaces de violence et défaut de se conformer

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	29 ans
	État matrimonial	Marié
	Durée de la peine	2 ans
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	00/01/27

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		O	N	Inc.
	Antécédents psychiatriques	v		
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité			v
	Antécédents de suicide dans la famille			v

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		O	N	Inc.
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide			v
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues			v
	Symptômes de psychose	v		
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le délinquant purgeait une peine de deux ans pour voies de fait perpétrées sur sa femme. Il n'avait purgé que deux mois de sa peine quand le personnel l'a trouvé pendu à la poignée de la fenêtre de sa cellule.

Le fait le plus notable dans ce cas est la barrière des langues qui existait entre le détenu et le personnel. Originaire d'une communauté autochtone éloignée du Nord québecois, le détenu ne parlait pas français et ne connaissait que quelques mots d'anglais. Par conséquent, on savait peu de choses sur son état de santé mentale, sauf qu'il avait attenté à sa vie quelques jours avant sa mort.

Le comité d'enquête a pensé que le personnel ne comprenait peut-être pas très bien les politiques concernant les besoins des Autochtones. Il a jugé qu'à part cela, le personnel était intervenu avec compétence et efficacité lors de l'incident. Une aide psychologique a été offerte aux employés touchés, qui l'ont refusée. Il semble qu'une telle aide n'ait pas été offerte aux détenus.

Recommandations

- Qu'une procédure relative aux services d'interprètes soit mise sur pied dans les établissements concernés, laquelle devrait mentionner la personne responsible de coordonner les demandes de services d'interprètes.

- Que la demande de service d'interprète soit effectuée dès la première semaine d'arrivée au Centre régional de réception du détenu allophone ou autochtone dont la barrière linguistique empêche le processus d'évaluation initiale.

- Que la gestion du Centre régionale de réception, en callaboration avec les services parajudiciaires autochtones, définisse le rôle d'agent de liaison autochtones par rapport à l'agent de gestion des cas.

- Qu'un rappel soit fait au personnel de la gestion de cas concernant la procédure des services d'agent de liaison autochtone.

- Que la gestion du CRR souligne l'importance de partager toute information reçue des ressources extérieures à l'équipe de gestion de cas.

- Qu'un éclaircissement concernant le service d'agent de liaison soit effectué par les Services Parajudiciaires Autochtones du Québec afin de notifier à l'agent de liaison l'importance de partager avec l'équipe de gestion de cas tout renseignement pouvant contribuer à une gestion adéquate du cas.

- Que la gestion de l'établissement Archambault souligne l'efficacité des interventions effectuées, autant par le personnel des services de santé que par les agents de correction, lors de l'évènement du 26 octobre 1996.

Délinquant n° 8

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Springhill
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	19 juillet 1996
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Meurtre au deuxième degré

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	30 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	À perpétuité
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	11/09/09

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité			v
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide		v	
	Désespoir		v	
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression		v	
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues			v
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial		v	

Exposé

Le détenu purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour un meurtre au deuxième degré qu'il avait commis à l'âge de 18 ans. Il avait purgé près de 12 ans de sa peine quand le personnel l'a trouvé pendu au placard de sa cellule.

Le comité d'enquête a signalé les échecs réitérés du détenu lorsqu'il a été mis en liberté sous condition. Après l'échec de sa troisième semi-liberté (en raison d'abus de substances intoxicantes), il a peut-être pensé que son réseau de soutien se rétrécissait. Il a présenté une demande de transfèrement à un autre établissement, peut-être dans le but de prendre un nouveau départ, mais sa demande a été rejetée. Il avait peut-être aussi des problèmes familiaux, car sa famille ne voulait pas qu'il retourne dans sa province d'origine. Mais il était déterminé à y retourner afin de se rapprocher de son fils, et bien que le SCC ait appuyé ses projets de sortie, le résultat positif de l'analyse de son échantillon d'urine avait compromis son placement dans une maison de transition.

Malgré cela, toutes les personnes interrogées par le comité d'enquête ont déclaré que le suicide du détenu les avait étonnées. Celui-ci n'a présenté aucun signe précurseur et ne manifestait aucun signe clinique de dépression ou de désespoir. Il a laissé un mot d'explication dans lequel il a nommé les personnes auxquelles communiquer la nouvelle de sa mort et a rejeté la responsabilité d'un grand nombre de ses nombreux problèmes sur le SCC.

D'après les imprimés du système de poinçon électronique Deister que le comité d'enquête a étudiés, les tournées dans les rangées de l'unité se faisaient selon un horaire fixe plutôt qu'à des heures imprévisibles. Les détenus pouvaient donc prévoir l'heure à laquelle leur cellule serait vérifiée de nouveau.

Une aide psychologique a été dispensée aux employés qui sont intervenus lors de l'incident, mais il semble qu'aucune aide de ce genre n'ait été offerte aux détenus.

Recommandations

- Aucune.

Délinquant n° 9

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Port-Cartier
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	9 juillet 1996
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Agression sexuelle, usage d'arme à feu, séquestration

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	29 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	7 ans, 6 mois
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	2/01/08

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité			v
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire	v		
	Projet de suicide		v	
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression	v		
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique	v		
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le délinquant purgeait une peine de sept ans et six mois pour agression sexuelle et usage d'une arme à feu. Il avait été transféré à cet établissement à sécurité maximale à sa demande, en raison des difficultés qu'il avait éprouvées à s'intégrer dans la population carcérale générale au Centre régional de réception puis à l'établissement de Cowansville. Il a connu les même problèmes à l'établissement de Port-Cartier où il a été placé en isolement préventif à quatre reprises, dont deux fois à sa demande. Il a dit maintes fois qu'il craignait les autres détenus et qu'il était toujours en danger. Selon les personnes interrogées, c'était un angoissé que les autres détenus n'avaient pas accepté. D'après son dossier, son isolement psychosocial et son incapacité à s'adapter l'ont poussé à se livrer à divers comportements autodestructeurs au cours de son incarcération (pendaison, entailles, brûlures, se cogner la tête). Il a aussi attenté à sa vie à deux reprises avant d'être incarcéré dans un établissement fédéral. Il n'a présenté aucun signe précurseur évident, mais a refusé plusieurs repas au cours des jours qui ont précédé son suicide. On l'a trouvé pendu par un drap qu'il avait fixé à la grille de protection du détecteur d'incendies de sa cellule.

Le comité d'enquête a signalé que le personnel s'était montré sensible aux divers besoins du délinquant et avait cherché à y répondre. Son agent de gestion de cas se réunissait régulièrement avec lui, et le personnel médical lui rendait visite tous les jours dans sa cellule pendant ses longs séjours en isolement. Le personnel de sécurité semblait, lui aussi, sensible aux problèmes du délinquant. Le comité a constaté qu'au cours des heures qui ont précédé la mort du détenu, les agents avaient fait leurs tournées en conformité avec la politique établie. Il a en outre jugé que l'intervention du personnel au moment de l'incident avait été très efficace.

Une séance de désamorçage a été organisée à l'intention du personnel touché par l'incident, et aucun suivi n'a été jugé nécessaire. Il semble cependant qu'une telle aide psychologique n'ait pas été offerte aux détenus.

Recommandations

- Aucune.

Délinquant n° 10

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Leclerc
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	20 avril 1994
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Meurtre au deuxième degré

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	32 ans
	État matrimonial	Conjoint de fait
	Durée de la peine	À perpétuité
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	12/01/13

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Antécédents psychiatriques		v	
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues	v		
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)	v		
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		**O**	**N**	**Inc.**
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide		v	
	Désespoir	v		
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression		v	
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose		v	
	Isolement physique		v	
	Isolement psychosocial		v	

Exposé

Le délinquant purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre au deuxième degré. On l'a trouvé pendu par une corde de nylon qu'il avait fixée à la grille d'aération de sa cellule.

Le comité d'enquête a relevé divers facteurs qui ont peut-être poussé le sujet à se donner la mort. Premièrement, sa relation avec sa conjointe de fait était plutôt précaire. De plus, certains ont dit qu'il avait accumulé des dettes de drogue considérables au sein de l'établissement. Enfin, il craignait que sa récente collaboration avec le personnel de sécurité préventive ne mette sa vie en péril et ne mène à son placement en isolement protecteur, une éventualité qu'il ne pouvait accepter, semble-t-il.

Toutes les personnes interviewées dans le cadre de l'enquête ont été étonnées par le suicide de ce délinquant. Il est cependant à noter que la veille de son suicide, sa conjointe de fait a informé le personnel qu'elle s'inquiétait de l'état d'esprit de son ami. Ce renseignement a été communiqué promptement au personnel de première ligne de l'unité du délinquant, mais n'a malheureusement pas été transmis au personnel qui a pris la relève au poste suivant. Le comité d'enquête a aussi appris que le système de poinçon électronique qui enregistre les tournées des agents de correction ne fonctionnait pas comme il faut, mais cette défaillance n'aurait vraisemblablement rien changé à l'issue de l'incident.

Le comité d'enquête a jugé l'intervention du personnel au moment de l'incident satisfaisante. Une aide psychologique a été dispensée à la suite de l'incident auprès des employés de même qu'auprès des détenus touchés.

Recommandations

- Aucune.

Délinquant n° 11

Contexte

Méthode	Pendaison
Établissement	Pénitencier de Kingston
Date d'arrivée à l'établissement (la plus récente)	20 avril 1994
Infractions à l'origine de sa peine actuelle	Meurtre au deuxième degré

Prédicteurs

FACTEURS DE RISQUE ACTUARIELS		
	Âge	26 ans
	État matrimonial	Célibataire
	Durée de la peine	À perpétuité
	Partie de la peine déjà purgée (années/mois/jours)	6/00/05

FACTEURS DE RISQUE HISTORIQUES		O	N	Inc.
	Antécédents psychiatriques			v
	Antécédents d'abus d'alcool ou de drogues		v	
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)		v	
	Antécédents d'impulsivité	v		
	Antécédents de suicide dans la famille		v	

FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES		O	N	Inc.
	Idées de suicide et intention suicidaire		v	
	Projet de suicide			v
	Désespoir		v	
	Changement soudain du fonctionnement psychologique		v	
	Stress, vulnérabilité et carences des mécanismes de défense	v		
	Symptômes de dépression			v
	Consommation actuelle d'alcool ou de drogues		v	
	Symptômes de psychose			v
	Isolement physique	v		
	Isolement psychosocial	v		

Exposé

Le détenu purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre et, au cours de sa peine, a été reconnu coupable de voies de fait sur le délinquant qui partageait sa cellule. Il n'avait pas d'antécédents de tentatives de suicide et n'a manifesté aucun signe de son intention suicidaire. Il a cependant été examiné par un psychologue de l'établissement en octobre 1993 après avoir remis une corde au personnel de sécurité et déclaré qu'il songeait à se tuer. Le psychologue a alors noté que le détenu n'avait pas d'antécédents de tentatives de suicide et que la remise de la corde au personnel de sécurité était peut-être un geste fait pour attirer l'attention. En novembre 1996, le détenu s'est ouvert le poignet gauche avec une lame de rasoir. La lacération n'était pas très grave et n'a pas nécessité de points de suture. Il a déclaré au psychologue qu'il n'avait pas l'intention de se blesser, mais s'était ouvert le poignet pour qu'on le change de cellule. Quelques mois plus tard, on l'a trouvé pendu aux barreaux de sa cellule.

D'après son dossier, le détenu était souvent en isolement préventif à sa demande, car il se croyait victime d'intimidation physique de la part d'autres détenus qui auraient cherché à lui soutirer de l'argent. Mais il ne semble pas que ce soit le motif de son suicide. Malheureusement, le dossier de psychologie qui a été remis au comité d'enquête ne faisait état d'aucune évaluation psychologique complète.

Le personnel de correction a fait sa tournée dans la rangée peu de temps avant la mort du détenu, mais n'a pas enregistré ce fait à cause d'une défaillance du système de poinçon électronique Deister. De plus, le comité d'enquête a constaté que le personnel de supervision ne téléchargeait pas régulièrement le Deister pour s'assurer que les tournées sont effectuées en conformité avec les politiques et procédures établies. Le comité était néanmoins convaincu que les tournées réglementaires avaient bien été faites au moment de la mort du détenu.

Les employés touchés ont bénéficié d'une aide psychologique à la suite de l'incident, mais il n'est pas précisé qu'une telle aide a aussi été offerte aux détenus touchés.

Recommandations

- Aucune.

ANALYSE DES RECOMMANDATIONS

La dernière section du présent rapport fait la synthèse des recommandations formulées par les comités d'enquête au cours de l'année. Elle contient en outre des observations sur les recommandations qui reviennent souvent, comme des leitmotiv, dans les rapports d'enquête des années précédentes.

En règle générale, il incombe à chaque établissement d'élaborer un plan d'action pour donner suite à chacune des recommandations du comité d'enquête. Certaines recommandations ont une grande portée et finissent par être mises en oeuvre à l'échelle nationale. Il est à noter que cette année, trois comités d'enquête n'ont formulé aucune recommandation.

Il est utile de regrouper les recommandations en deux grandes catégories : les stratégies de prévention primaire, et les stratégies de prévention secondaire. Les stratégies de prévention primaire visent des facteurs contextuels qui pourraient influer sur l'incidence globale du suicide en milieu carcéral, par exemple les politiques et procédures, les pratiques de dotation en personnel, et l'aménagement physique des établissements correctionnels. Ces interventions peuvent être coûteuses, surtout si elles comportent des travaux de réfection, l'augmentation des effectifs ou d'importantes modifications de politiques et procédures établies depuis longtemps. Quant aux stratégies de prévention secondaire, elles visent principalement les mesures à prendre auprès de délinquants qui présentent peut-être un risque élevé de suicide; le counseling, les groupes de soutien mutuel entre détenus, et les aides à l'observation des détenus en sont des exemples.

Prévention primaire

A. *Politiques et procédures*

Plusieurs comités d'enquête ont fait état de dérogations aux Directives du commissaire, aux Instructions régionales ou aux Ordres permanents de l'établissement, ou d'une connaissance lacunaire de ces politiques. L'application fidèle de la Directive du commissaire n° 257, *Gestion du stress à la suite d'un incident critique* (GSIC), en est un exemple notable. Dans le cadre de la GSIC, un professionnel de la santé mentale intervient auprès du personnel et des détenus pour atténuer les conséquences d'incidents ou d'événements pénibles. L'intervention a aussi pour but de renseigner les victimes sur la prévention et les effets du stress post-traumatique. Malheureusement, l'une des constatations qui reviennent le plus souvent dans les rapports des comités d'enquête est le défaut de se conformer à la Directive du commissaire n° 257. Une aide psychologique a été dispensée en conformité avec cette politique dans moins de la moitié des cas (c.-à-d. des suicides de détenus survenus entre le 1er avril 1992 et le 31 mars 1997). Aucune aide de ce genre n'a été dispensée dans environ 20 % des cas.

Dans un nombre plus restreint de cas, le comité d'enquête a recommandé que le SCC élabore de nouvelles politiques et procédures ou améliorent celles qui existent déjà. Dans un établissement, cette année, le comité a recommandé que les politiques et procédures régissant la prestation des soins infirmiers soient modifiées de manière à

les harmoniser avec le code de déontologie de l'organisme provincial de réglementation de la profession. Dans un autre établissement, il a été recommandé qu'un plan général de fouille des cellules soit élaboré en conformité avec le *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Dans la région du Québec, le besoin de procédures régissant la prestation des services d'interprètes (pour les détenus qui ne parlent ni français ni anglais) a été signalé, alors que dans celle de l'Ontario, un comité d'enquête a conseillé que l'ordre permanent sur les médicaments et les fournitures médiales soit révisé de manière à le faire cadrer avec la nouvelle méthode de distribution adoptée.

Le rapport rétrospectif de l'an dernier recommandait que le SCC charge un expert de l'extérieur d'examiner ses politiques et procédures en matière de suicide, son matériel didactique dans le domaine et ses rapports d'enquête. La Division des services de santé a en effet retenu un tel consultant qui devrait lui faire part de ses constatations d'ici la fin de l'année financière en cours. Il en résultera probablement un rapport qui sera soumis à la haute direction du SCC pour qu'elle y donne suite.

B. *Amélioration des communications et du partage de l'information*

Beaucoup de comités d'enquête ont appuyé sur le manque de communications et sur les obstacles au partage de l'information. Ces problèmes étaient parfois attribuables aux lacunes de la documentation sur le cas, au manque d'accès aux rapports en format électronique ou au défaut de transmettre des renseignements pertinents aux employés (p. ex. à l'arrivée de l'équipe de relève).

De nombreuses recommandations formulées cette année portent sur les problèmes de communications. Dans un cas, le comité d'enquête a recommandé qu'après s'être entretenu avec un délinquant d'un sujet fâcheux ou bouleversant pour ce dernier, l'agent de gestion de cas en informe officiellement le personnel de première ligne. Dans la région de l'Ontario, il a été conseillé que l'agent de correction II de l'unité d'isolement fasse partie de l'équipe de santé mentale de l'établissement. Un rapport d'enquête sur un suicide survenu dans la région du Québec a souligné l'importance de communications adéquates entre le coordonnateur du programme de prise d'échantillons d'urine et l'équipe de gestion de cas. Deux autres recommandations sont à noter. Dans un cas, le comité d'enquête a recommandé que les agents de correction soient équipés d'un appareil de communication afin de pouvoir prendre contact avec le personnel du bureau de l'unité lorsqu'ils font face à une situation d'urgence. Dans un autre cas, le comité a proposé que la liste des numéros de téléphone de tous les membres du personnel soit facilement disponible dans des situations d'urgence afin de pouvoir les rejoindre rapidement (p. ex. pour faire venir un psychologue pour qu'il dispense une aide aux personnes touchées par l'incident).

Malgré les progrès réalisés vraisemblablement depuis quelques années, il est évident qu'il y a toujours moyen d'améliorer les communications non seulement entre les membres du personnel, mais aussi entre le personnel et les détenus. Cette année, un comité d'enquête a recommandé que les détenus soient bien renseignés sur la nature et la raison d'être du programme de prévention du suicide, et notamment sur les

raisons pour lesquelles on procède comme on le fait lorsqu'un candidat au suicide est mis sous observation.

C. *Aménagement physique de l'établissement, disponibilité de l'équipement de secours et qualité de l'intervention*

Bon nombre de comités d'enquête ont examiné le milieu physique des détenus en tant que facteur de risque de suicide, et plusieurs ont proposé des moyens d'accroître la sécurité des établissements. Par exemple, comme les détenus suicidaires sont surtout portés à se pendre, il est important que leurs cellules soient aménagées de manière à minimiser leurs chances de succès. Un cas qui s'est produit cette année en offre un bon exemple : dans un établissement, un détenu s'est pendu à une tête d'extincteur automatique qui, selon le fabricant, aurait dû fléchir sous le poids de la victime. Un comité d'enquête a recommandé cette année l'usage accru et plus efficace de cellules équipées de caméras, alors qu'un autre comité a proposé que les cellules d'observation soient aménagées ailleurs que dans l'aire d'isolement. Dans quelques établissements, le système de poinçon électronique était défectueux, de sorte que le comité n'a pu vérifier la fréquence et l'heure des tournées des agents de correction.

Les années précédentes, certains rapports d'enquête ont fait état du manque d'accès au matériel médical et de secours ou de la formation inadéquate du personnel (p. ex. en réanimation cardio-respiratoire). Ce n'est pas le cas cette année, bien que dans un incident, le comité ait proposé que dans une situation d'urgence, un agent de correction soit chargé de se rendre à l'infirmerie pour aider l'infirmière à transporter le matériel de secours requis à la cellule du détenu. À la suite d'un autre incident, le comité a recommandé que l'établissement achète un appareil manuel de succion dont le personnel pourrait se servir dans des situations d'urgence.

Comme il est précisé dans les études de cas de cette année, les comités d'enquête ont généralement loué le personnel pour son intervention rapide, efficace et compétente. En fait, plusieurs ont recommandé que la direction félicite officiellement certains membres du personnel pour leur excellent travail dans ces incidents. À en juger par les observations des comités d'enquête, il semblerait que les employés du SCC soient bien préparés pour affronter des situations d'urgence, et que la formation du personnel ait porté ses fruits.

Prévention secondaire

A. *Repérage des détenus à risque élevé*

Beaucoup considèrent que le début de l'incarcération est la période où le risque de suicide est le plus élevé. Les rapports rétrospectifs antérieurs l'ont signalé, de même qu'un comité d'enquête cette année. Un comité a proposé que tous les détenus fassent l'objet d'une évaluation de la santé mentale et du risque de suicide dans les 24 heures suivant leur arrivée dans un établissement. Un autre a recommandé que tous les détenus qui attentent à leur vie soient soumis à une évaluation psychologique complète dans de brefs délais.

Le SCC continue d'améliorer les méthodes qu'il emploie pour repérer les détenus les plus susceptibles de commettre des actes d'automutilation et de se suicider, et ce le plus tôt possible dans leur peine. L'évaluation initiale du délinquant permet aujourd'hui de relever les besoins particuliers du détenu en matière de santé mentale et signale les détenus les plus susceptibles de se livrer à des comportements suicidaires. Ce qui est moins bien connu, au palier national du moins, c'est la nature des interventions menées auprès de ces délinquants au cours de leur peine. Le SCC a donc entrepris une étude sur l'issue des interventions auprès des personnes qui ont attenté à leur vie en milieu carcéral.

B. *Intervention*

La façon d'intervenir auprès des détenus suicidaires a fait l'objet de nombreuses observations et recommandations. D'aucuns ont proposé l'aménagement d'installations d'observation spéciales, y compris la surveillance personnelle 24 heures sur 24, alors que d'autres ont décrit des procédures destinées à faire intervenir la famille et les amis du détenu en période de crise. Certains services correctionnels étrangers ont utilisé des « aides à l'observation du détenu » pour faciliter le travail des agents de correction chargés de surveiller son comportement. Le rapport rétrospectif de l'an dernier recommandait explicitement l'adoption de programmes de soutien mutuel entre détenus dans tous les établissements.

Il existe malheureusement peu d'évaluations rigoureuses de ces programmes. Certains écrits sur l'abus de substances intoxicantes donnent à croire que la création d'un réseau d'entraide composé de personnes ayant des antécédents et des problèmes semblables peut donner d'aussi bons résultats qu'une intervention professionnelle. Bien que ce soit de bonne augure pour les programmes de soutien mutuel entre détenus, le SCC va procéder avec prudence. Le danger qu'un groupe organisé de détenus soit dominé par un psychopathe susceptible d'exploiter les personnes que le groupe a pour mission d'aider est bien connu.

Recommandations, 1996-1997

1. Qu'un certain nombre de groupes de soutien mutuel entre détenus soient constitués dans divers établissements du SCC (à partir de critères de sélection très précis), et qu'un protocole d'évaluation soit établi préalablement à leur création.

2. Que le SCC étudie les répercussions à long terme du suicide de détenus sur les membres du personnel touchés par un tel incident.

3. Que le SCC s'engage à poursuivre la recherche sur le suicide en milieu carcéral. L'analyse des différences entre les détenus qui ont attenté à leur vie et ceux qui se sont effectivement donné la mort pourrait constituer une piste de recherche.

CONCLUSION

Des suicides se produisent encore dans les établissements carcéraux fédéraux, mais leur taux a diminué récemment. Bien qu'il soit extrêmement difficile d'expliquer les variations annuelles d'événements aussi rares (11 détenus sur environ 14 000 se sont donné la mort en 1996-1997) ou d'en tirer des conclusions, il est à espérer que les efforts faits par le SCC pour affiner ses politiques, améliorer ses procédures et former son personnel aient contribué à la baisse récente du taux de suicide chez les détenus. L'accumulation continue de données et la publication ultérieure de rapports rétrospectifs aideront peut-être à établir s'il se dégage effectivement une tendance à la baisse du taux de suicide en milieu carcéral.

Il ne faut pas en déduire que la collecte de données statistiques sur les suicides de détenus constitue la solution au problème, mais des rapports comme celui-ci permettent tout au moins de cerner les lacunes à combler et de repérer les activités où il y aurait lieu d'adopter des pratiques exemplaires. De plus, le contrôle des taux d'incidence peut aider à signaler à l'organisation toute augmentation imprévue des suicides ou des causes de décès qui sont particulièrement préoccupantes. Enfin, la collecte systématique de données peut aider à dégager des thèmes qui reviennent souvent et des problèmes constants comme les dérogations aux politiques et procédures établies, le manque de communications au sein du personnel, les défaillances du matériel technique et les milieux physiques dangereux à l'intérieur des établissements du SCC.

Il serait toutefois injuste d'affirmer que le SCC a manqué à son devoir envers les détenus lorsqu'un suicide se produit. Il arrive parfois que toutes les mesures possibles soient prises pour aider et surveiller le détenu, mais que celui-ci se donne quand même la mort. Le SCC planifie ses interventions en fonction de l'évaluation du risque. Or, l'évaluation et la gestion du risque consistent en l'estimation de la probabilité qu'un événement se produise; elles ne donnent pas lieu à des certitudes. L'objet est donc de trouver des moyens d'améliorer ces estimations, puis de mettre en oeuvre des stratégies efficaces. À cet égard, la recension exhaustive des écrits sur le sujet, qui est jointe au présent rapport (annexe A), devrait être utile aux membres du personnel chargés d'évaluer le risque de suicide d'un détenu et à ceux qui doivent observer son comportement par la suite.

BIBLIOGRAPHIE

Diekstra, R.F.W. et Gulbinat, W. (1993). « Épidémiologie des comportements suicidaires : analyse sur trois continents », *Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales*, 46(1), p. 52-68.

Hayes, L. (1992). « Jail suicide – An Overview of Yesterday », *Crisis*, (13(1), p. 11-13.

Santé Canada (1994). *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada.*

Laishes, J. (1994). *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (avril 1992 - mars 1994).*

Laishes, J. (1995). *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada, 1994-1995.*

Laishes, J. (1996). *Étude rétrospective des suicides de détenus au Service correctionnel du Canada (1er avril 1992 - 31 mars 1996).*

Liebling, A. (1994). « Suicide Amongst Women Prisoners », *The Howard Journal*, 33(1), p. 1-9.

Ramsay, R. (1987). « Suicide prevention in high risk populations », *Revue canadienne de criminologie*, 29(3), juillet.

Schwartz, D.A., Flinn, D.E., et Slawson, P.F. (1975). Suicide in the Psychiatric Hospital. American Journal of Psychiatry, 132, p. 150-153.

Watkins, R. (1992). *Retrospective Study of Inmate Suicides in the Correctional Service of Canada.*

Uva, J. (1995). « Review: Autoerotic Asphyxiation in the United States », *Journal of Forensic Sciences*, 40(4), p. 574-581.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Les rapports sur les suicides peuvent être utilisés les progrès du SCC en ce qui concerne la mise en application des recommandations antérieures. Le tableau ci-dessous met en relief les initiatives du SCC face aux recommandations des enquêtes précédentes.

Recommandation	Suivi
Qu'on élabore des outils de formation pour aider les équipes chargées de faire enquête à rédiger les rapports sur les suicides.	Il existe maintenant une série complète d'outils qui porte également sur les enquêtes et la rédaction de rapports sur les suicides. Ils'agit du "*Guide our la conduite d'enquêtes de sécurité au sein du Service correctionnel du Canada*."
Que les examens psychologiques soient inclus dans les rapports d'enquête.	Le Secteur de l'évaluation du rendement a mis en oeuvre une procédure informelle par laquelle on communique par téléphone avec la région visée aussitôt après que survient un suicide. La région est informée de la nécessité de nommer un psychologue au sein de l'équipe chargée de l'enquête et de fournir un examen psychologique avec le rapport d'enquête.
Que le contenu de l'examen psychologique soit revu de manière à ce que ce document ne renferme que des renseignements pertinents pouvant aisément être obtenus *post mortem*.	La consultation concernant l'examen psychologique est terminée. La version finale des nouvelles lignes directrices en matière d'examen psychologique a été distribuée dans les établissements pour qu'ils s'en servent à l'avenir dans tous les cas de suicide.
Que les régions désignent parmi leurs employés ceux qui seront chargés d'effectuer toutes les enquêtes sur les suicides et les examens psychologiques, et qu'elles leur donnent la formation nécessaire.	Le Secteur de l'évaluation du rendement fournit dans les régions un programme permanent de formation sur les méthodes d'enquête, y compris sur les suicides. Une partie de la formation porte sur l'analyse des études de cas. On élabore en ce moment deux études de cas de suicide qui seront intégrées au programme de formation.
Qu'on s'engage à mettre à exécution les recommandations jugées pertinentes des commissions d'enquête, et que les mesures de suivi prises soient consignées, signalées et diffusées.	Le Secteur de l'évaluation du rendement assure le suivi de toutes les recommandations pour veiller à ce qu'elles soient mises en oeuvre lorsque c'est justifié et faisable. On a établi une procédure qui permet de porter à l'attention des responsables les mesures non encore mises en oeuvre après signature du rapport d'enquête.

Que l'Administration centrale finance la conception d'une infrastructure de prévention du suicide et que les régions soient chargées de sa mise en oeuvre.	Cette recommandation a été mise en oeuvre de la façon suivante: • Les normes de formation du personnel ont été approuvées par le Comité de direction; • Des fonds ont été affectés à la formation (100 000$); • Le personnel des régions du Pacificque, des Prairies, de l'Ontario et de L'Atlantique ont suivi une formation donnée par "Living Works", dans le cadre de la formation des moniteurs; • Les besoins de la région du Québec en matière de formation ont été examinés, et il a été convenu par l'AC et le Québec qu'il ne serait pas nécessaire de donner la formation des moniteurs, vu la participation exceptionnelle et active de cette région avec "*Action Suicide Montréal*", un organisme qui fournit une formation continue sur le suicide au personnel du SCC au Québec; • On a établi la liste des employés de première ligne ayant besoin d'une formation en prévention du suicide, conformément aux normes approuvées, et les moniteurs ont commencé à donner cette formation dans plusieurs établissements.
Qu'au moment de l'admission du détenu, pour dépister les tendances suicidaires, on tienne compte du milieu familial dont le délinquant est issu, de ses antécédents, de sa consommation actuelle de drogues ou d'alcool, de son état de santé mentale et du fait qu'il est séropositif pour le VIH ou atteint du SIDA. **Que l'AC élabore un questionnaire simple de réévaluation servant à dépister les tendances suicidaires, qui sera utilisé lors du transfèrement d'un détenu, dans le cadre d'un entretien individuel.**	On a adopté le questionnaire de réévaluation du risque de suicide de la gestion des cas, lequel comporte les facteurs de risque de suicide contenus dans *l'Etude rétrospective*. Le questionnaire de réévaluation sera un jour au nombre des quatre composantes de dépistage du SGD, les autres étant la santé mentale, la santé en général et la sécurité.
Que, dans les cours de prévention du suicide et de sensibilisation au suicide,	On a conclu avec les responsables de "Living Works", lesquels ont mis au point et

l'on insiste sur l'importance de suivre de près les détenus qui ont fait l'objet de décisions défavorables relativement à un transfèrement, à un appel ou à une libération conditionnelle ainsi que ceux qui ont été transférés récemment ou qui sont sur le point de l'être.	offrent la formation sur la prévention du suicide au SCC, une entente en vue d'incorporer ces éléments au programme. On leur a fournir des exemplaires de *l'Etude rétrospective* et d'autres documents propres au SCC. Par ailleurs, le questionnaire de réévaluation servant à dépister les tendances suicidaires reflète la conclusion selon laquelle les détenus qui ont reçu une réponse défavorable à une demande de transfèrement, d'appel, de libération conditionnelle ou de révision judiciaire risquent davantage de se suicider.
Qu'on prévoie des ressources pour la réalisation de projets pilotes privilégiant le soutien mutuel entre les détenus, et qu'on songe à évaluer le programme de ce type qui existe à l'établissement Archambault, pour voir s'il pourrait être instauré ailleurs.	Bien qu'aucun fond supplémentaire ne soit disponible pour la mise en oeuvre de programme d'entraide, le personnel de l'AC a rencontré la direction et les détenus des établissements de Bath et de Warkworth afin de discuter de la mise en oeuvre de ces programmes dans ces établissements. En outre, on a offert à l'établissement de Warkworth, offre qui a été acceptée, deux places supplémentaires au cours de prévention du suicide destiné aux moniteurs, afin de veiller à ce que des ressources en personnel soient disponibles pour mettre en oeuvre le programme. On procède à l'élaboration d'un cadre d'évaluation de ces programmes pilotes, sous la direction du Secteur de l'évaluation du rendement.
Qu'on consulte des détenus pour obtenir leur avis au sujet des moyens de prévenir le suicide, particulièrement grâce au soutien de codétenus ou à la vigilance exercée par les détenus eux-mêmes.	Des consultations cnt eu lieu avec le personnel et les détenus de plusieurs établissements sur d'éventuelles initiatives destinées à prévenir le suicide, et on a insisté particulièrement sur le caractère faisable des programmes d'entraide. Les initiatives de prévention du suicide et d'entraide ont été applaudies par tous.
Que le directeur de l'établissement demande un rapport du coroner (autopsie/toxicologie) dans tous les cas de décès de détenus. **Que l'équipe chargée de l'enquête reçoive les rapports de toxicologie dans tous les cas de suicide où la consommation de drogues ou d'alcool a été soupçonnée ou confirmée.**	Les modifications concernant la DC no 530 - Décès de détenus en établissement ou en semi-liberté - telles qu'énoncées dans le rapport d'étape précédent, ont été soumises à l'approbation du Comité de direction.

Le suicide en milieu carcéral : recension de la littérature

Natalie H. Polvi

Centre psychiatrique régional (Prairies)
Service correctionnel du Canada
Saskatoon (Saskatchewan)

et

Département de psychologie
Université Simon Fraser
Burnaby (Colombie-Britannique)

L'évaluation et la prévision du risque de suicide constituent une tâche sérieuse et difficile dans tout milieu. Elle peut paraître encore plus compliquée quand on y ajoute les défis que peut présenter un segment particulier de la population (p. ex. les jeunes ou les Autochtones). Le présent document décrit les facteurs qui interviennent dans la prévision du risque de suicide chez les délinquants incarcérés dont la sentence a été prononcée. Ces facteurs sont tirés de deux sources : (1) les comptes rendus de recherche portant sur la prévision du suicide dans l'ensemble de la population en général, et en milieu carcéral en particulier; et (2) l'expérience clinique de l'auteur en sa qualité de psychologue dans des établissements du Service correctionnel du Canada (SCC). Étant donné la clientèle du SCC, la présente recension de la littérature porte principalement sur les détenus dont la sentence a été prononcée par opposition aux détenus en détention provisoire ou autres détenus incarcérés dans les prisons locales sans avoir été condamnés à une peine. La distinction est essentielle, étant donné tous les travaux de recherche qui montrent que les suicides survenus dans des lieux de détention provisoire présentent des caractéristiques distinctes (Bonner, 1992; Haycock, 1991; Hayes, 1995a; Lloyd, 1990).

Il faut en outre faire la distinction entre la prévision à long terme et l'évaluation à court terme du risque de suicide en milieu carcéral. Au jour le jour, le personnel du SCC s'intéresse généralement davantage à l'évaluation à court terme et à la gestion des détenus suicidaires. Ce sont les conséquences de vie ou de mort du repérage, de l'évaluation et de la gestion de ces détenus qui sollicitent l'attention et accaparent les ressources. Bien qu'on s'intéresse également à la prévision à long terme du risque de suicide chez les détenus, le personnel de première ligne estime peut-être que le sujet est abstrait et relève de la politique. On pourrait en effet soutenir que la prévision à court terme et la prévision à long terme du risque de suicide procèdent de démarches différentes. Comme la prévision à court terme du risque de suicide consiste à évaluer la crise immédiate du détenu, l'évaluation repose essentiellement sur des facteurs cliniques (p. ex. la présence de caractéristiques dépressives, d'idées de suicide et d'une intention suicidaire), historiques (p. ex. les antécédents de comportement suicidaire du détenu et les antécédents de suicide dans sa famille) et actuariels (p. ex. les caractéristiques démographiques du détenu). Par contre, la prévision à long terme du risque de suicide consiste généralement à repérer les personnes qui risquent d'attenter à leur vie à long terme. Comme de telles prévisions ne sont pas liées ni déterminées par la crise clinique immédiate que vit le détenu, elles accordent beaucoup de poids aux facteurs historiques et actuariels (p. ex. l'âge, les antécédents psychiatriques et les antécédents familiaux).

Le nombre de détenus qui se donnent la mort est disproportionné par rapport au taux de suicide dans l'ensemble de la population. Ce phénomène se retrouve dans tous les pays (Backett, 1987; Burtch et Ericson, 1979; Topp, 1979; Hayes, 1989). Selon les calculs de Burtch et Ericson (1979), le taux de suicide au Canada entre 1966 et 1976 s'est élevé à 95,9 pour 100 000 dans les établissements carcéraux fédéraux, par opposition à 14,2 pour 100 000 dans la population masculine non incarcérée. La Direction de la recherche et des statistiques du SCC (Service correctionnel du Canada, 1992) a calculé le taux de suicide dans les établissements carcéraux fédéraux au cours de périodes plus récentes. Après avoir atteint un sommet de 19,7 suicides pour 10 000

(soit 197 suicides pour 100 000 détenus) en 1984-1985, le taux a diminué légèrement au cours des trois années suivantes, puis a augmenté un peu en 1991-1992, passant à 13,58 suicides pour 10 000 détenus (soit 136 suicides pour 100 000 détenus).

Les raisons précises pour lesquelles le taux de suicide est plus élevé chez les détenus que dans l'ensemble de la population demeurent inconnues. C'est en effet l'une des questions fondamentales auxquelles la recherche sur le suicide de détenus tente de répondre. Si les raisons étaient connues, la prévision du suicide en milieu carcéral serait peut-être plus exacte. Peu d'études portent explicitement sur l'importance relative des déterminants du suicide chez les détenus par comparaison avec l'ensemble de la population. Parmi les quelques études qui existent sur le sujet, les analyses de Lester (1995) laissent supposer qu'en milieu carcéral tout comme dans l'ensemble de la population, le suicide est peut-être attribuable en partie aux pressions sociales et familiales courantes auxquelles correspondent les taux de mariage, de divorce et de natalité. Les analyses de régression de Lester indiquent cependant que ces facteurs constituent de meilleurs prédicteurs du suicide dans l'ensemble de la population qu'en milieu carcéral. Dans une autre étude, Lester (1990) a comparé les taux de suicide chez les détenus et dans l'ensemble de la population, et a constaté la présence d'une corrélation positive significative entre le surpeuplement et le taux de suicide en milieu carcéral. Il a toutefois mis le lecteur en garde contre conclure à la présence d'une relation de causalité à partir de cette corrélation – et avec raison.

Les travaux de Lester aident peut-être à comprendre certains facteurs qui expliquent la différence entre les taux de suicide en milieu carcéral et les taux correspondants dans l'ensemble de la population, mais de telles études épidémiologiques ont l'inconvénient d'être peu sensibles aux facteurs cliniques et autres facteurs non démographiques. Par exemple, il est peu probable que de grosses bases de données statistiques démographiques contiennent des renseignements sur la profondeur du désespoir qu'éprouvaient les personnes qui se sont suicidées. Le fait que les chercheurs conçoivent les déterminants du suicide en milieu carcéral comme étant composés de facteurs dynamiques (p. ex. cliniques) aussi bien que statiques (p. ex. démographiques) (Liebling, 1992, 1995; Polvi, 1997) donne à croire qu'ils tentent de recueillir divers types de données sur les suicides à l'étude.

Les efforts faits pour améliorer la qualité des recherches sur le suicide en milieu carcéral se heurtent aux difficultés inhérentes à la prévision du suicide. L'une des grandes difficultés réside dans le fait que le suicide est relativement rare et, par conséquent, difficile à prévoir. De plus, comme certains facteurs pertinents (p. ex. les antécédents d'abus de substances intoxicantes, l'âge et l'état matrimonial) sont communs à un grand nombre de détenus, leur valeur prédictive est restreinte. En outre, la recherche actuelle sur le suicide de détenus (Bonner, 1992; Haycock, 1991; Liebling, 1992; Lloyd, 1990) comporte plusieurs lacunes méthodologiques qui limitent la possibilité de tirer des conclusions valables de beaucoup d'études. Étant donné la nature descriptive et rétrospective de la plupart des études sur le suicide, il est difficile d'établir le rôle causal de certains facteurs. L'absence générale de groupes de contrôle et de groupes témoins, en particulier dans les études portant sur des facteurs historiques et actuariels, limite les conclusions définitives que l'on peut en tirer sur les différences entre les délinquants qui se donnent la mort et les autres. De plus, la plupart des études sur le suicide sont centrées sur des facteurs de risque statiques et

reposent sur la conception concomitante du suicide comme un événement distinct. Cela limite la mesure dans laquelle l'étude du suicide en milieu carcéral peut tenir compte du processus par lequel le détenu devient suicidaire (Bonner, 1992).

Il existe actuellement plusieurs échelles d'évaluation du risque de suicide dans l'ensemble de la population, dont les qualités psychométriques sont démontrées (pour une recension de ces échelles, voir Rothberg et Geer-Williams, 1992). Pour ce qui est de la prévision du risque à long terme, il existe un instrument conçu empiriquement à partir d'une vaste étude prospective (Motto, 1985; Motto, Heilbron et Juster, 1985). Certains instruments de dépistage des tendances suicidaires ont été conçus spécialement à l'intention des populations carcérales (Arboleda-Florez et Holley, 1988; Sherman et Morschauser, 1989). Une échelle a été élaborée récemment dans le but précis d'évaluer le risque de suicide chez les détenus dont la sentence a été prononcée (Polvi, 1997).

Les facteurs jugés pertinents et utiles dans l'évaluation et la prévision du risque de suicide en milieu carcéral sont ceux qui sont importants pour évaluer la suicidabilité dans l'ensemble de la population (p. ex. les idées de suicide et l'intention suicidaire) et ceux qui s'appliquent tout particulièrement aux détenus (p. ex. l'isolement physique et l'isolement psychosocial). Ils se composent en outre de facteurs statiques aussi bien que dynamiques. La sélection de ces facteurs repose sur une publication récente d'un des auteurs de l'échelle (Polvi, 1997), qui comporte une recension exhaustive de la littérature sur les facteurs de risque de suicide. De plus, le lecteur est prié de se reporter au protocole de notation qui se trouve à la fin du présent document et fait partie de l'échelle d'évaluation du suicide décrite dans l'article de Polvi (1997).

Antécédents psychiatriques, troubles mentaux et symptômes de psychose

La présence d'antécédents psychiatriques augmente le risque de comportement suicidaire dans l'ensemble de la population (Clark et Fawcett, 1992; Roy et Draper, 1995; Tanney, 1992; Westermeyer, Harrow et Marengo, 1991) aussi bien qu'en milieu carcéral (Anno, 1985; Bonner, 1992; Burtch et Ericson, 1979; Dooley, 1990; Green, Kendall, Andre, Looman et Polvi, 1993; Levey, 1990; Topp, 1979). En effet, les résultats d'études sur le suicide au sein de la collectivité donnent à croire que la présence d'antécédents psychiatriques est un facteur qui pèse très lourd. Par exemple, après avoir examiné six analyses psychologiques de grande envergure portant sur les suicides survenus au sein de la collectivité, Clark et Fawcett (1992) en sont venus à la conclusion que pas moins de 93 % des adultes qui se suicident sont atteints d'un trouble mental grave.

Par comparaison avec les études sur le suicide en milieu carcéral, les recherches portant sur l'ensemble de la population sont plus précises quant à la nature des antécédents psychiatriques qui ont un rapport avec le suicide. D'après l'étude de Clark et Fawcett, entre 40 et 60 % des personnes qui se sont suicidées souffraient d'une dépression majeure, alors que 20 % étaient atteintes d'alcoolisme chronique et 10 % étaient schizophrènes. Plusieurs chercheurs ont notamment signalé que le risque de suicide était particulièrement élevé chez les jeunes schizophrènes de sexe masculin (Clark et Fawcett, 1992; Tanney, 1992; Westermeyer, Harrow et Marengo, 1991).

Toutefois, certaines caractéristiques méthodologiques empêchent de mesurer avec précision la portée des divers diagnostics psychiatriques sur le risque de suicide, car la population de référence des études (p. ex. les malades hospitalisés, les malades externes, ou les deux groupes à la fois), la durée du suivi et la nature des troubles mentaux étudiés varient (Appleby, 1992).

Si les recherches sur le suicide en milieu carcéral n'ont pas permis d'établir la nature des antécédents psychiatriques ou des troubles mentaux qui sont liés le plus étroitement au suicide de détenus, c'est parce que la plupart des chercheurs ont donné au terme « antécédents psychiatriques » un sens général. D'ordinaire, ce terme désigne toute consultation psychiatrique antérieure, toute hospitalisation, tout diagnostic (spécifique et non spécifique) et tout traitement. L'absence de distinction entre ces divers types de services psychiatriques est probablement attribuable aux lacunes dans les dossiers des détenus ou au manque d'accès à ces documents. D'après les études fondées sur cette définition générale, entre 33 % (Dooley, 1990) et 78 % (Burtch et Ericson, 1979) des détenus de référence qui se sont donné la mort avaient des antécédents psychiatriques.

La dépression est un type particulier de trouble psychique qui a un rapport direct avec le comportement suicidaire. Cependant, les diverses acceptions du terme « dépression » peuvent embrouiller l'interprétation des résultats des recherches, car le mot peut désigner un syndrome ou un symptôme aussi bien qu'un trouble mental (Tanney, 1992). Se fondant sur une recension des écrits sur les troubles mentaux et le suicide, Tanney (1992) en vient néanmoins à la conclusion que les troubles de l'humeur sont les troubles mentaux les plus étroitement liés au suicide. Plus précisément, il affirme que la dépression unipolaire et la dépression psychotique/mélancolique sont les sous-types qui présentent la plus forte relation avec le suicide.

En plus de concevoir la dépression comme un trouble mental, il faut tenir compte du rôle de la symptomatologie dépressive dans le comportement suicidaire. Non seulement elle fait partie des prédicteurs cliniques classiques du suicide, mais la recherche tend à confirmer la présence d'un lien entre les symptômes dépressifs courants et la suicidabilité (Beck, Steer, Beck et Newman, 1993; Cohen, Lavelle, Rich et Bromet, 1994; DeMan et Leduc, 1995; Drake, Gates, Whitaker et Cotton, 1985; Drakes, Gates et Cotton, 1986; Roy, 1982; Smith, 1986; Strakowski, McElroy, Keck et West, 1996). Outre la preuve empirique d'une relation de causalité entre la symptomatologie dépressive et le risque de suicide, l'existence d'un lien entre la dépression et le désespoir (qui est un autre prédicteur clinique classique du suicide) (Beck *et al.*, 1993; Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan, 1995; Weishaar et Beck, 1992) constitue une autre raison impérieuse de tenir compte de la portée relative des symptômes de dépression sur le comportement suicidaire.

Certaines études ont mesuré la prévalence de troubles dépressifs ou de diagnostics de dépression chez les détenus qui se sont donné la mort. Selon Burtch et Ericson (1979), 30 % des 96 personnes qui se sont suicidées dans les pénitenciers canadiens à sécurité maximale avaient des antécédents de dépression. D'après les résultats d'une étude portant sur la prévalence de troubles mentaux et de tentatives de suicide dans un échantillon de détenus incarcérés dans les établissements provinciaux de l'Alberta

(Bland, Newman, Dyck et Orn, 1990), ceux qui avaient attenté à leur vie présentaient des taux de prévalence du trouble de la personnalité antisociale, d'épisodes dépressifs majeurs ainsi que de troubles anxieux et somatoformes supérieurs à ceux des détenus qui n'avaient pas tenté de se suicider (soit 1,5 fois, 2,3 fois et 4,5 fois plus élevés respectivement).

Quant aux symptômes de psychose, le rapport entre les divers symptômes et le risque de suicide n'est pas clair, notamment parce que les chercheurs ne donnent pas tous le même sens aux mots « psychose » et « psychotique », ce qui sème la confusion. Certains chercheurs (p. ex. Tanney, 1992) utilisent le terme « psychotique » pour désigner un trouble, alors que d'autres (p. ex. Clark et Fawcett) l'utilisent pour désigner un état temporaire ou un symptôme discret (p. ex. un délire). Dans l'ensemble, toutefois, la littérature sur le sujet semble indiquer que la présence de certains symptômes de psychose augmente le risque de suicide chez les personnes chez qui un trouble principalement affectif (p. ex. une dépression) a été diagnostiqué (p. ex. Cohen *et al.*, 1994; Fawcett *et al.*, 1987; Roose, Glassman, Walsh, Woodring et Vital-Herne, 1983). Clark et Fawcett (1992) soutiennent que les schizophrènes sont moins susceptibles de se suicider lorsqu'ils sont dans un état psychotique floride, mais plus susceptibles de se suicider lorsqu'ils sont atteints d'un délire de persécution (p. ex. de paranoïa). Dans leur étude du suicide chez les schizophrènes, Weiden et Roy (1992) affirment qu'il existe peu de preuves empiriques démontrant que les hallucinations constituent un facteur de risque de comportement suicidaire. Ils soulèvent toutefois un point important en signalant que l'intervention clinique ou les difficultés méthodologiques masquent peut-être l'effet véritable des symptômes de psychose sur la suicidabilité. Pour étayer cette thèse, ils signalent que les cliniciens ont tendance à hospitaliser les schizophrènes présentant des symptômes de psychose plus qu'ils n'hospitalisent les malades dépressifs présentant des symptômes de psychose. Par conséquent, les schizophrènes psychotiques sont protégés contre le suicide, et l'influence potentielle des symptômes de psychose sur le comportement suicidaire est interrompue et modifiée par l'intervention clinique.

Abus de substances intoxicantes

La consommation de substances intoxicantes influe sur le risque de suicide de deux façons : en tant que facteur de risque historique (ou épidémiologique) et en tant que facteur de risque clinique (Hawton, Fagg et McKeown, 1989; Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy, 1992, Suokas et Lonnqvist, 1995). Premièrement, en tant que facteur historique, la présence d'antécédents d'abus de substances intoxicantes, ou de dépendance, est liée à un risque élevé de comportement suicidaire (Klatsky et Armstrong, 1993; Lester, 1992; Suokas et Lonnqvist, 1995; Wasserman, Varnik et Eklund, 1994). Pour ce qui est de l'abus de boissons alcooliques en particulier, dans leur méta-analyse d'études publiées, Murphy et Wetzel (1990) révèlent que le risque à vie de suicide est entre 60 et 120 fois plus élevé chez les alcooliques que dans l'ensemble de la population. Selon d'autres recherches, le risque de comportement suicidaire est encore plus élevé lorsque la dépression s'ajoute à l'alcoolisme (Bulik, Carpenter, Kupfer et Frank, 1990; Fawcett, Clark et Busch, 1993; Fowler, Liskow et Tanna, 1980; Murphy et Wetzel, 1990).

La recherche sur le suicide en milieu carcéral donne à croire qu'une proportion particulièrement élevée de cette population a des antécédents d'abus de substances intoxicantes. Par exemple, Green et ses collaborateurs (1993) ont constaté que 65 % des 133 détenus qui s'étaient donné la mort dans des pénitenciers canadiens avaient des antécédents d'alcoolisme, et que 54 % de ce même échantillon avaient des antécédents d'abus de drogues. Bland et ses collaborateurs (1990) ont constaté que parmi les détenus des établissements provinciaux, le taux de prévalence d'alcoolisme était 1,2 fois plus élevé chez ceux qui avaient des antécédents de tentatives de suicide, alors que le taux de prévalence de toxicomanie était 1,4 fois plus élevé dans ce groupe par comparaison avec les détenus qui n'avaient pas attenté à leur vie. Enfin une étude prospective menée auprès d'accusés six ans après leur évaluation par un clinicien légiste avant la tenue de leur procès au Canada a révélé que l'abus de drogues et l'abus d'alcool constituaient des prédicteurs significatifs (et distincts) de comportement suicidaire ultérieur (sous la forme de ruminations suicidaires, de menaces, de tentatives et de suicides effectifs) (Daley, 1987).

Deuxièmement, en tant que facteur clinique, la consommation même d'alcool ou de drogues peut augmenter le risque de comportement suicidaire. Bien qu'en théorie et officiellement, les établissements carcéraux interdisent la consommation de ces substances intoxicantes, le fait est qu'elles existent en milieu carcéral et que les détenus peuvent en obtenir. Puisque les substances intoxicantes ont notamment pour effet la désinhibition du comportement, il importe d'étudier la possibilité que le détenu soit sous l'empire de l'alcool ou de la drogue. Dans leur recension d'études montrant la présence d'une relation entre la consommation d'alcool et les gestes suicidaires, Weishaar et Beck (1992) en sont venus à la conclusion que l'alcoolisme ne constituait pas une condition essentielle à l'augmentation du risque de suicide, car la consommation d'alcool au moment où le sujet a des idées de suicide augmente peut-être la possibilité d'un manque de jugement, d'un manque de maîtrise de soi et de sautes d'humeur. La consommation de substances intoxicantes peut aussi avoir d'autres effets, à savoir : l'accroissement de l'agressivité, l'altération du jugement, l'impulsivité ou la participation à des activités comportant des risques élevés (Weiss et Stephens, 1992).

Antécédents personnels et familiaux de comportement suicidaire

La présence d'antécédents de comportement suicidaire augmente le risque de suicide, qu'ils soient personnels ou familiaux. D'après la recherche sur la relation entre les tentatives de suicide antérieures de l'individu et son suicide ultérieur dans l'ensemble de la population (Maris, 1992a; Moller, 1990; Steer, Beck, Garrison et Lester, 1988) aussi bien que chez les malades psychiatriques (Allebeck, Varla, Kristjansson et Wistedt, 1987; Roy et Draper, 1995), la présence d'une ou plusieurs tentatives antérieures augmente le risque de suicide ultérieur. Par exemple, Clark et Fawcett (1992) ont constaté qu'entre 18 et 38 % des personnes qui s'étaient suicidées avaient attenté à leur vie précédemment. La recherche (Rudd, Joiner et Rajab, 1996) montre aussi que les personnes ayant attenté à leur vie à plusieurs reprises présentent des symptômes cliniques plus graves (p. ex. des idées de suicide plus graves, un désespoir plus profond, plus de symptômes de dépression) que celles dont les antécédents se limitent à des idées de suicide ou à des tentatives moins nombreuses.

Bon nombre d'études sur le suicide en milieu carcéral (Anno, 1985; Bonner, 1992; Burtch et Ericson, 1979; Dooley, 1990; Green *et al.*, 1993; Lloyd, 1990; Topp, 1979) examinent les antécédents personnels de comportement suicidaire des détenus; elles ont établi qu'entre 40 et 55 % des suicidés de référence avaient des antécédents de comportement suicidaire. Il semble que ces pourcentages représentent un taux de tentatives de suicide disproportionné par rapport au taux correspondant dans l'ensemble de la population carcérale générale. Bland et ses collaborateurs (1990), qui ont comparé un échantillon prélevé au hasard de 180 hommes incarcérés dans des établissements provinciaux canadiens avec un échantillon apparié de 1 006 hommes au sein de la collectivité, ont signalé un taux de prévalence à vie de tentatives de suicide de 23 % chez les détenus dont la sentence avait été prononcée. Ainsi, le taux estimatif de tentatives de suicide antérieures de 40 à 55 % chez les détenus qui se sont donné la mort est environ le double du taux relevé dans l'échantillon de Bland et de ses collaborateurs. Il est à noter que selon Green et ses collaborateurs (1993), 94 % des détenus qui se sont suicidés dans des établissements fédéraux au Canada avaient attenté à leur vie au cours de l'année qui a précédé leur suicide. Cette constatation cadre avec la généralisation faite par Maris (1992a) à partir de son étude sur la relation entre les tentatives de suicide non mortelles et le suicide effectif, à savoir que la probabilité d'un suicide réussi est particulièrement élevée au cours de la première année ou deux suivant la première tentative de suicide non mortelle.

Quant au rôle des antécédents familiaux de comportement suicidaire, la recherche a montré que le suicide est souvent de famille et que la présence d'antécédents familiaux de suicide comporte un facteur génétique (Kety, 1986; Mitterauer, 1990; Roy, 1992; Tsuang, 1983). En règle générale, le risque de suicide est plus élevé chez les germains (c.-à-d. les enfants et les frères et soeurs) de personnes qui se sont suicidées. De plus, selon les résultats d'études portant sur des malades psychiatriques, le risque de suicide est encore plus élevé chez les personnes ayant des liens de parenté avec des suicidés qui étaient atteints de troubles de l'humeur (c.-à-d. de troubles bipolaires, de dépression) (Mitterauer, 1990; Roy, 1994; Tsuang, 1983). La recherche révèle en outre que le facteur génétique responsable de l'accroissement du risque de suicide est indépendant et s'ajoute à l'effet d'une prédisposition génétique familiale aux troubles affectifs (Brent, Bridge, Johnson et Connolly, 1996; Kety, 1986; Roy, 1992). Kety (1986) formule l'hypothèse du rôle de l'impulsivité comme facteur génétique médiateur dans le suicide. Voici sa thèse :

> [traduction]
> *La possibilité que la prédisposition génétique au suicide prenne la forme d'une tendance à agir de manière impulsive, dont le suicide serait un excellent exemple, n'est pas dépourvue d'intérêt. Nous ne pouvons écarter la possibilité que le facteur génétique dans le suicide soit l'incapacité de contrôler ses impulsions, alors que la dépression et d'autres troubles mentaux ainsi qu'un stress environnemental accablant serviraient de médiateurs qui favoriseraient ou déclencheraient le comportement impulsif, l'orientant vers une issue suicidaire. (1986, p. 44.)*

Impulsivité

Bien que l'impulsivité soit souvent liée à la perpétration d'actes de violence envers autrui, elle peut aussi intervenir dans les comportements autodestructeurs, comme les tentatives de suicide et le suicide même. Par exemple, l'examen de 350 personnes ayant attenté à leur vie a révélé que 40 % d'entre elles avaient prémédité leur geste pendant moins de cinq minutes avant de passer à l'acte (Williams, Davidson et Montgomery, 1980). Des études psychométriques (Apter, Plutchik et van Praag, 1993; Kotler *et al.*, 1993) de même que des études biologiques ou pharmacologiques (Bourgeois, 1991; Golden *et al.*, 1991; Stanley, Winchel, Molcho, Simeon et Stanley, 1992) montrent elles aussi la présence d'un lien entre l'impulsivité et le comportement suicidaire.

La rôle précis de l'impulsivité dans l'augmentation du risque de suicide continue d'alimenter la recherche. Toutefois, la relation entre l'impulsivité et le comportement suicidaire est souvent étudiée par rapport au comportement violent (p. ex. Apter *et al.*, 1993; Brown, Linnoila et Goodwin, 1992; Kotler *et al.*, 1993). Après avoir examiné les écrits sur le sujet, Plutchik et van Praag (1990) en sont venus à la conclusion qu'il existait sans conteste une relation entre le suicide et la violence. Ils ont proposé un modèle du suicide et de la violence à deux étapes : certaines catégories d'événements (p. ex. les défis, les menaces, les pertes) déclencheraient des impulsions agressives, et la probabilité d'un comportement violent dépendrait d'un grand nombre de facteurs qui augmenteraient ou diminueraient l'impulsion agressive (p. ex. la disponibilité d'une arme, les antécédents de comportement agressif, le type de personnalité, le comportement interpersonnel); par ailleurs, un ensemble distinct de variables déterminerait si les actes agressifs sont dirigés vers autrui ou vers soi-même. D'après ces auteurs, ce sont la présence et l'interaction de ces deux ensembles de variables (c.-à-d. les variables de l'impulsivité et les variables de l'agressivité) qui en fin de compte déterminent la vigueur et la cible (c.-à-d. autrui ou soi-même) du comportement agressif.

Après s'être penché de nouveau sur le sujet, Plutchik et van Praag (1995) en sont venus à la conclusion que les malades suicidaires, de même que les malades violents, manifestaient un niveau d'impulsivité beaucoup plus élevé que les autres. Selon une étude dans laquelle la relation entre l'impulsivité et la violence est décomposée, le coefficient de corrélation entre l'impulsivité et le risque de suicide est de +0,22. La thèse d'une relation entre l'impulsivité, le comportement suicidaire et la violence est également étayée par les résultats des travaux de Bergman et Brismar (1994), qui ont étudié les niveaux hormonaux et les traits de personnalité de 49 alcooliques de sexe masculin par rapport à leurs antécédents de violence et de comportement suicidaire. Ils ont constaté la présence d'une corrélation positive significative entre le nombre d'épisodes de violence antérieurs et le nombre de tentatives de suicide. Des tests psychométriques de l'impulsivité et de la tension musculaire ont révélé une différence significative entre les malades qui avaient déjà attenté à leur vie et ceux qui n'avaient pas d'antécédents de tentatives de suicide. Bergman et Brismar (1994) en ont conclu que les résultats de leurs travaux confirmaient la présence d'une corrélation positive entre le comportement suicidaire et le comportement violent. À leur avis, puisque le coefficient de corrélation était de 0,33, ~10 % de la variation des tentatives de suicide

de l'échantillon était attribuable au comportement violent.

Dans l'ensemble, les études empiriques indiquent que l'impulsivité est liée au risque accru de comportement suicidaire, bien que la relation entre les deux semble complexe. Même si cette relation est déclenchée ou déterminée par une propension à la violence, il y a lieu d'en tenir compte dans la population carcérale des établissements fédéraux, puisque cette population compte sans doute une forte proportion de personnes ayant des antécédents de comportement violent.

Idées, intention et projet de suicide

L'évaluation du risque de suicide consiste traditionnellement à établir si le client nourrit des idées, une intention ou des projets de suicide (Fremouw, de Perczel et Ellis, 1990; Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan, 1995). Beck et ses collègues ont élaboré des échelles pour évaluer certains facteurs cliniques classiques (pour la recension de ces échelles, voir Eyman et Eyman, 1992; Weishaar et Beck, 1992). En opérationnalisant les concepts d'idées de suicide, d'intention suicidaire, de dépression et de désespoir, ils ont en effet réussi à démontrer empiriquement que ces facteurs cliniques sont liés à la présence d'un risque élevé de comportement suicidaire. De telles échelles facilitent l'évaluation clinique des sujets de même que la recherche sur le suicide.

Pour évaluer le projet de suicide du client, il faut tenir compte de plusieurs facteurs : la spécificité du projet, la létalité de la méthode envisagée, la disponibilité de moyens nécessaires à son exécution, et la proximité de secours (Bednar, Bednar, Lamber et Waite, 1991; Sommers-Flanagan et Sommers-Flanagan, 1995). La méthode envisagée et sa létalité inhérente sont particulièrement pertinentes.

McIntosh (1992) définit la « létalité » comme la probabilité qu'une méthode particulière entraîne la mort, et il précise que la létalité comporte deux éléments. Le premier est le laps de temps entre l'exécution de l'acte suicidaire et la mort : plus il est court, plus la méthode utilisée est létale. Le deuxième élément est la possibilité et la disponibilité d'une intervention médicale après que la méthode a été utilisée. En décomposant les statistiques américaines officielles sur les décès attribuables à diverses méthodes selon trois variables démographiques (le sexe, l'âge et l'origine ethnique), McIntosh a constaté que l'usage d'armes à feu était la méthode de suicide la plus courante chez les femmes comme chez les hommes, dans tous les groupes d'âge et dans tous les groupes ethniques, sauf deux. La pendaison était la deuxième méthode la plus répandue chez les hommes, alors que chez les femmes, c'était l'usage d'un poison liquide ou solide.

Comme la pendaison est la méthode de suicide la plus répandue en milieu carcéral d'après la recherche (Anno, 1985; Bonner, 1992; Burtch et Ericson, 1979; Dooley, 1990; Green *et al.*, 1993; Hardyman, 1983; Lloyd, 1990; Salive, Smith et Brewer, 1989; Schimmel, Sullivan et Mrad, 1989; Topp, 1979), le personnel correctionnel voudra peut-être interroger le détenu sur cette méthode en particulier. À cet égard, il importe surtout de savoir exactement quels sont les moyens dont le détenu dispose dans son milieu pour exécuter son projet.

Désespoir

Selon la théorie cognitiviste de Beck et de ses collègues et les travaux de recherche qui s'inscrivent dans ce courant de pensée, le désespoir constitue l'un des principaux facteurs liés au comportement suicidaire (Weishaar et Beck, 1992). Weishaar et Beck (1992) définissent le désespoir comme un état d'attentes négatives et font la recension d'études démontrant la présence d'une relation entre le désespoir et certaines facettes du comportement suicidaire. Leur affirmation selon laquelle l'intention et les idées de suicide sont liées plus étroitement au désespoir qu'à la dépression est étayée par les résultats de recherches ultérieures démontrant que chez des malades atteints de troubles de l'humeur, le désespoir est 1,3 fois plus important que la dépression dans la prévision des idées de suicide (Beck, Steer, Beck et Newman, 1993). Dans l'ensemble, à l'issue de leur recension d'études prospectives et longitudinales, Weishaar et Beck (1992) en arrivent à la conclusion que le concept de désespoir a une valeur prédictive en ce qui a trait à la suicidabilité.

Les résultats de deux études, qui cadrent avec cette constatation, appuient la thèse selon laquelle le désespoir est un prédicteur significatif du comportement suicidaire chez les détenus dont la sentence a été prononcée (Holden, Mendonca et Serin, 1989; Ivanoff et Jang, 1991). Ces études démontrent en outre que la désirabilité sociale interagit avec le désespoir dans la prévision de la suicidabilité. Cependant, les auteurs des études ont interprété diversement cette interaction, ce qui pourrait très bien s'expliquer par le fait qu'ils ont utilisé deux mesures différentes de la désirabilité sociale. Dans l'analyse de leurs travaux, Holden et ses collaborateurs (1989) soutiennent qu'un niveau élevé d'autoefficacité aux yeux du sujet atténue la relation entre le désespoir et la suicidabilité. Dans leur article, Ivanoff et Jang (1991) affirment que l'interaction consiste en une relation inverse entre le désespoir et la désirabilité sociale, la valeur prédictive du désespoir diminuant à mesure que la désirabilité sociale augmente.

Changement soudain du fonctionnement psychologique

Dans l'évaluation clinique et le traitement de la suicidabilité, on associe traditionnellement un changement d'humeur et/ou de fonctionnement soudain et inexpliqué à un risque accru de suicide. Fremouw et ses collaborateurs (1990) de même que Maris (1992b) ont analysé ce signe clinique par rapport au trouble dépressif, alors que Drake, Gates, Whitaker et Cotton (1985) ont constaté qu'il était rattaché au comportement suicidaire chez les schizophrènes. Selon l'avis général, une légère amélioration de la santé mentale du client lui donne de l'énergie pour mettre son intention ou son projet suicidaire à exécution. Il se peut que le client, ayant décidé de mettre fin à sa vie, se sente moins tendu ou moins ambivalent et paraisse de meilleure humeur. De tels signes positifs superficiels peuvent facilement induire le personnel correctionnel et clinique en erreur.

Stress, vulnérabilité et mécanismes de défense

Les chercheurs qui ont fait une recension de la littérature sur la relation entre les événements stressants de la vie, récents et anciens, d'une part et la suicidabilité d'autre part ont constaté que de telles situations pouvaient avoir une grande influence sur le comportement suicidaire (Heikkinen, Aro et Lonnqvist, 1993; Yufit et Bongar, 1992). Cependant, Yufit et Bongar (1992) précisent que cette relation n'est ni simple ni directe et qu'au contraire les événements stressants de la vie doivent être situés dans le contexte général de la structure de la personnalité de l'individu et de sa capacité caractérologique depuis sa naissance à vaincre le stress, les échecs et les pertes (ou de sa vulnérabilité à ses facteurs). Fait à noter, selon certaines études, les événements stressants de la vie en général (Heikkinen *et al.*, 1993) et la perte d'une personne chère en particulier (Murphy et Wetzel, 1990) peuvent accroître le risque de suicide chez les alcooliques.

Bonner (1992) situe le suicide chez les détenus dans le même courant de pensée en le liant à la vulnérabilité au stress. En s'inspirant des écrits de suicidologie qui conçoivent le suicide comme un processus se déroulant dans le temps, il formule l'hypothèse que certaines personnes ne sont pas prêtes, sont mal équipées et/ou manquent de ressources pour bien s'adapter à l'incarcération. Leurs mécanismes de défense sont vaincus par des facteurs de risque comme la solitude, la désaffection et l'isolement, ce qui les rend vulnérables aux événements négatifs de la vie. D'après Bonner, c'est l'interaction de ces facteurs de risque et des événements négatifs de la vie qui risque de mener à la détresse avec le temps puis, dans certaines circonstances, au suicide. Des recherches ultérieures (Bonner et Rich, 1992) ont étayé cette hypothèse en montrant l'existence d'une relation entre la vulnérabilité cognitive et le désespoir chez un groupe de détenus.

L'étude de Levey (1990) sur le suicide en milieu carcéral et celle de Liebling (1995) sur la relation entre la vulnérabilité et le suicide chez les détenus (qui, toutes les deux, portent principalement sur la population carcérale du Royaume-Uni) appuient la thèse du rôle du stress, de la vulnérabilité et des mécanismes de défense dans le suicide. Les travaux de Liebling sont particulièrement révélateurs. Prélevant son échantillon dans la population de quatre établissements pour jeunes contrevenants, de trois centres de détention provisoire et d'une prison, elle a interviewé 100 détenus qui avaient attenté à leur vie et 112 détenus, choisis au hasard, qui n'avaient pas d'antécédents de tentatives de suicide. En comparant les deux groupes, elle a relevé des différences significatives entre leurs caractéristiques personnelles, leurs antécédents et les caractéristiques de leur vie carcérale. Qualifiant les suicidaires de vulnérables, elle affirme que leur vulnérabilité, marquée par leur vie dure et difficile et par leur difficulté constante à faire face au stress, est mise à nu par divers éléments du milieu carcéral, allant des activités et des relations interpersonnelles à la planification de leur avenir.

Liebling a constaté qu'une forte proportion de la population carcérale présentait les mêmes caractéristiques que son échantillon de détenus qui avaient tenté de se suicider. Elle a donc étudié les suicides survenus en Angleterre et au pays de Galles entre 1987 et 1993 et y a cerné trois groupes distincts de suicidés qui différaient quant

à leur âge, leurs antécédents d'automutilation, leurs motifs de suicide et les facteurs conjoncturels liés à leur mort. Non seulement elle a démontré qu'un des trois groupes ressemblaient beaucoup aux sujets vulnérables qui résistaient mal au stress, c'est-à-dire la plupart des sujets de son échantillon qui avaient attenté à leur vie, mais elle a aussi montré que les suicidés étaient plus nombreux dans ce même groupe (30 - 45 %) que dans les deux autres groupes réunis. Une autre étude (Holden *et al.*, 1989), qui cadre avec les travaux de Liebling, repose sur des questionnaires remplis personnellement par des détenus qui ont tenté de se suicider ou se sont infligé des blessures délibérément. Les auteurs ont constaté qu'un niveau élevé d'autoefficacité atténuait la relation entre le désespoir et la suicidabilité chez les détenus.

Comme le font voir les 11 profils du rapport précédent, divers agents de stress peuvent contribuer à la suicidabilité d'un détenu. Toutefois, l'effet d'un diagnostic récent ou de la présence de maladies graves comme le VIH/SIDA ou l'hépatite C mérite peut-être une attention particulière. Il se peut que la prévalence croissante de ces maladies dans la population carcérale (Pagliaro, 1992) se traduise par une incidence accrue de comportements suicidaires et de suicides. De plus, outre sa portée directe sous la forme d'un accroissement absolu de la suicidabilité (provoqué, par exemple, par un désespoir accru), l'inadaptation à ces maladies très graves, attribuable à la carence générale des mécanismes de défense ou à la vulnérabilité (comme l'indique Liebling, 1995) en aggrave peut-être les effets généralement néfastes sur le bien-être du détenu. En d'autres termes, on pourrait formuler l'hypothèse que l'incidence croissante de certaines maladies augmente l'incidence de comportements suicidaires dans l'ensemble de la population carcérale ainsi que le risque de suicide chez les détenus qui résistent mal au stress et qui sont vulnérables. Il semblerait que l'effet conjugué de ces deux facteurs sur l'ampleur des comportements suicidaires dans les pénitenciers fédéraux du Canada soit considérable.

Isolement

Deux types d'isolement semblent avoir une portée sur le risque de suicide chez les détenus. Le premier est l'isolement physique. La recherche sur le suicide en milieu carcéral révèle qu'un pourcentage disproportionné (60 - 79 %) de suicides se produisent pendant que les détenus sont forcés à rester dans des locaux éloignés de la population carcérale générale (Bonner, 1992; Burtch et Ericson, 1979; Hayes, 1989; Liebling, 1992; Lloyd, 1990; Schimmel *et al.*, 1989). Il s'agit généralement de cellules dans l'aire d'isolement de l'établissement, mais il peut aussi s'agir de cellules individuelles dans une unité d'observation, à l'infirmerie ou à l'unité de soins psychiatriques.

Le deuxième type d'isolement qui influe sur le risque de suicide est de nature psychosocial : le détenu est isolé de sources de soutien affectif et social (Sherman et Morschauser, 1989). Selon de nombreux auteurs (Drake *et al.*, 1986; Heikkinen *et al.*, 1993; Kotler *et al.*, 1993; Roy, 1982; Veiel, Brill, Hafner et Welz, 1988), le manque de soutien social constitue un facteur de risque de suicide dans plusieurs populations. Chez les détenus, Bonner (1992) décrit les mécanismes potentiels par lesquels l'isolement physique et l'isolement psychosocial interagissent et augmentent le risque de suicide. Il soutient que les détenus sont soumis à l'isolement psychosocial et que

certains d'entre eux sont plus vulnérables à l'isolement et aux stress de la vie que d'autres. Ces personnes vulnérables, qui sont déjà plus susceptibles de présenter un risque élevé de comportement suicidaire, présentent généralement un plus grand risque encore si elles sont également isolées physiquement.

Facteurs de risque actuariels

Plusieurs facteurs actuariels liés au risque de suicide en milieu carcéral reviennent régulièrement dans les comptes rendus de recherche. Par malheur, pris isolément, ces facteurs ont généralement une faible valeur prédictive, car ils se retrouvent dans une grande partie de la population carcérale et ne sont pas propres aux détenus prédisposés au suicide. De plus, les résultats des recherches sont difficiles à interpréter, car beaucoup d'études comportent des lacunes méthodologiques telles que l'absence de groupes témoins (Bonner, 1992; Haycock, 1991; Liebling, 1992; Lloyd, 1990). Toutefois, il semble important d'en tenir compte, puisque les écrits sur le sujet les lient toujours au suicide chez les détenus. Les paragraphes suivants décrivent en bref la portée de ces facteurs actuariels : l'âge, l'état matrimonial, la durée de la peine et la partie de la peine déjà purgée.

Contrairement aux études sur le suicide dans l'ensemble de la population, selon lesquelles le taux de suicide est plus élevé chez les personnes de 45 ans ou plus que dans les groupes d'âge plus jeunes (Clark et Fawcett, 1992; Garrison, 1992; Maris, 1992b), la recherche sur le suicide en milieu carcéral (Bonner, 1992; Hatty et Walker, 1986; Lloyd, 1990; Salive, Smith et Brewer, 1989) révèle que la plupart des détenus qui se donnent la mort sont plus jeunes. Bien qu'aucune démarcation nette ne se dégage entre les groupes d'âge, Liebling (1992) a constaté que dans beaucoup d'études, l'âge des détenus qui se suicidaient était inférieur à l'âge moyen de la population carcérale. D'après Salive et ses collaborateurs (1989), les 25 à 34 ans affichent le taux de suicide le plus élevé en milieu carcéral, alors que d'après Schimmel et ses collaborateurs (1989), ce sont les détenus de 30 à 39 ans qui comptent la plus forte proportion de suicidés. Hatty et Walker (1986) ont constaté qu'en Australie, les détenus de 20 à 29 ans affichaient le taux de suicide le plus élevé au sein de la population carcérale générale, suivis des 30 à 39 ans. Dans leur étude sur la population carcérale canadienne, Burtch et Ericson (1979) ont eux aussi constaté la présence d'une distribution bimodale : les jeunes détenus (de 15 à 24 ans) et les plus vieux (de 50 ans et plus) risquent davantage de se suicider. Les données du SCC (voir tableau 4 de ce rapport) démontrent que pendant les six dernières années, les suicides ont surtout été commis par des individus âgés de 30 à 39 ans.

Tout comme dans l'ensemble de la population où les hommes célibataires (Maris, 1992b) sont plus portés à mettre fin à leur vie, les détenus célibataires semblent présenter un plus grand risque de suicide que ceux qui ont des conjoints (Backett, 1987; Burtch et Ericson, 1979; Dooley, 1990; Topp, 1979). Bien que selon la plupart des études décrites dans la recension de Liebling (1992), la majorité des détenus qui se suicident soient célibataires, Liebling elle-même signale que peu de ces études comportent des groupes témoins. Lloyd (1990) affirme que d'après les études américaines et britanniques, entre 70 et 80 % des détenus qui se suicident ne sont pas mariés. Il signale l'absence de groupes témoins dans les études en question, mais

ajoute que les études comportant des groupes témoins révèlent une proportion encore plus élevée de célibataires parmi les détenus qui ont mis fin à leur vie. Lloyd fait aussi état d'un facteur confusionnel : en règle générale, la recherche ne tient pas compte de la cohabitation chez les détenus célibataires.

La plupart des auteurs de recensions de la littérature en sont venus à la conclusion que les détenus purgeant une peine de longue durée étaient surreprésentés parmi les suicidés en milieu carcéral (Bonner, 1992; Haycock, 1991; Hayes, 1995a; Liebling, 1992; Lloyd, 1990). Certains soutiennent en effet que les détenus purgeant une peine d'emprisonnement à perpétuité constituent un sous-groupe distinct étant donné le risque élevé de suicide qu'ils présentent (Haycock, 1991; Liebling, 1992; Lloyd, 1990). Certains chercheurs n'ont relevé aucune relation entre la durée de la peine et le suicide chez les détenus (Anno, 1985; Green *et al.*, 1993), tandis que d'autres ont constaté l'existence d'une telle relation. D'après Dooley (1990), les détenus purgeant une peine d'au moins quatre ans ont le taux de suicide le plus élevé en milieu carcéral, alors que d'après Topp (1979), ce sont les détenus purgeant une peine de plus de 18 mois qui affichent le taux le plus élevé. Burtch et Ericson (1979) signalent que deux groupes sont surreprésentés parmi les détenus sous responsabilité fédérale qui se sont donné la mort : (1) les détenus purgeant une peine de deux à quatre ans; et (2) les détenus condamnés à l'emprisonnement à perpétuité. Par ailleurs, Hatty et Walker (1986) constatent que les détenus purgeant une peine d'une durée indéterminée sont surreprésentés parmi les suicidés en milieu carcéral. L'interprétation des résultats des études portant sur la relation entre la durée de la peine et le suicide est compliquée notamment parce que l'effet de la durée de la peine se confond avec celui de la gravité de l'infraction, car en règle générale, plus le crime est grave et/ou violent, plus la peine est longue (Haycock, 1991; Lloyd, 1990).

D'ordinaire, les prisonniers qui se suicident le font tôt dans leur peine (Burtch et Ericson, 1979; Dooley, 1990; Green *et al.*, 1993). Cependant, comme le signale Lloyd (1990) dans sa recension des écrits, il est difficile d'évaluer les résultats des études concernant cette variable, car la plupart des chercheurs n'établissent pas dans leur échantillon une distinction nette entre les détenus dont la sentence a été prononcée et ceux dont la sentence n'a pas été prononcée. Les études sur le suicide dans les lieux de détention provisoire (p. ex. les cellules des postes de police, les établissements de détention provisoires, les prisons locales) indiquent qu'un nombre disproportionné de délinquants se donnent la mort dans les 24 heures suivant leur incarcération (Hayes, 1989). Lloyd (1990) en arrive à la conclusion générale que dans cette population, le taux de suicide est élevé dans les deux premières semaines suivant la mise en détention provisoire. Les études reposant sur des échantillons composés exclusivement de détenus dont la sentence a été prononcée ou d'un mélange de prisonniers en détention provisoire et de prisonniers dont la sentence a été prononcée indiquent en gros que trois mois et deux ans constituent peut-être des jalons importants. À l'étude d'un échantillon de 133 détenus purgeant leur peine dans des établissements fédéraux canadiens, Green et ses collaborateurs (1993) ont constaté que 25 % s'étaient suicidés dans les premiers 90 jours de leur peine et 51,5 % au cours de la première année de leur peine. Par ailleurs, en analysant un échantillon antérieur de détenus sous responsabilité fédérale et dont la sentence avait été prononcée, Burtch et Ericson (1979) ont calculé que 60,2 % des 96 suicides étaient survenus au

cours de la première année de la peine, alors que 21,9 % s'étaient produits dans les 13 à 24 mois suivant le début de la peine. Hayes (1995a) fait état d'une étude réalisée par le Department of Correctional Services de l'État de New York, selon laquelle 64 % des 53 suicides de référence se sont produits au cours des deux premières années de la peine. À l'analyse d'un échantillon de 186 détenus (dont 37 % étaient en détention provisoire ou n'avaient pas reçu leur sentence) qui sont suicidés dans des établissements correctionnels en Angleterre, Topp (1979) a constaté que 61 % de ces suicides étaient survenus dans les trois mois suivant la mise sous garde (les proportions cumulées étaient de 41,5 %, 53 % et 61 % après un, deux et trois mois de détention respectivement).

CONCLUSION

Comme le fait voir la présente recension de la littérature, il faut tenir compte de nombreux facteurs dans l'évaluation du risque suicidaire en général, et en particulier chez les détenus dont la sentence a été prononcée. Ce document qui met en lumière et récapitule les facteurs intervenant dans l'évaluation de la suicidabilité chez les détenus peut être considéré comme un guide adressé au clinicien légiste pour l'aider à mesurer le degré de risque de suicide que présente le détenu. Le lecteur est prié de se reporter à l'étude de cas qui suit et qui constitue un exemple réel des nombreux facteurs à prendre en considération dans l'évaluation du risque de suicide. De plus, cette étude de cas fait ressortir deux points importants. Premièrement, il est évident à la lecture de la description du cas que les divers facteurs décrits précédemment n'ont pas tous le même poids dans la détermination du risque de suicide. En effet, les facteurs historiques ne contribuent pas beaucoup au risque élevé de suicide que présente David; ce sont plutôt les facteurs cliniques qui pèsent très lourd dans son cas. Cela fait ressortir le deuxième point, qui a déjà été soulevé au début du présent document et qui se rapporte à la distinction entre la prévision du risque de suicide à court terme et la prévision du risque à long terme. Le cas de David étaye la thèse selon laquelle l'évaluation de la suicidabilité à court terme est fortement liée à la présence et à la gravité de facteurs cliniques dynamiques. Bien que les facteurs démographiques (ou actuariels) et historiques doivent être pris en considération, il semble que la validité de l'évaluation du risque de suicide à court terme repose essentiellement sur les facteurs cliniques.

Il est à noter que la majorité des études sur le suicide en milieu carcéral sont centrées sur les déterminants de la suicidabilité chez les détenus de sexe masculin. Il se peut cependant que les facteurs de risque décrits dans le présent document soient également utiles pour évaluer la suicidabilité chez les délinquantes. Liebling (1994) a décrit les facteurs de risque de suicide communs aux détenus des deux sexes ainsi que les facteurs qui diffèrent selon le sexe. Les facteurs communs sont notamment les suivants : n'avoir purgé qu'une petite partie de sa peine; être atteint d'un trouble mental; être accusé de meurtre ou avoir été reconnu coupable de meurtre; avoir des antécédents d'abus de drogues ou d'alcool; avoir déjà attenté à sa vie; et être physiquement isolé à l'intérieur de l'établissement correctionnel. Les facteurs de risque propres à la population carcérale féminine sont : avoir des antécédents d'incendie criminel ou de violence; avoir un grave problème d'alcoolisme; et s'être infligée de nombreuses blessures.

Enfin, il est établi que l'évaluation du risque de suicide ne constitue qu'un élément de la gestion et du traitement du comportement suicidaire. Cependant, la gestion du client suicidaire dépasse la portée du présent document. Il existe plusieurs excellents ouvrages que le lecteur peut consulter sur ce sujet. Une partie du livre publié sous la direction de Bongar (1992) est consacrée à la gestion et au traitement des clients suicidaires. L'ouvrage de Bednar et de ses collaborateurs (1991) contient deux excellents chapitres sur la conduite d'entrevues cliniques auprès de clients suicidaires, la gestion de ces cas et les obligations juridiques des professionnels de la santé mentale envers ces personnes. Il est aussi recommandé au lecteur de consulter les articles sur les normes régissant la prestation des soins, bien qu'ils ne soient pas rédigés en fonction du suicide en milieu carcéral (Bonger, Maris, Berman, Litman et Silverman, 1993; Silverman, Berman, Bongar, Litman et Maris, 1994). Quant aux ouvrages portant sur la population carcérale en particulier, plusieurs abordent les questions de la gestion des détenus suicidaires (Lester et Danto, 1993; Rakis et Monroe, 1989; Rosine, 1995) et de la prévention du suicide dans ce milieu (Hayes, 1995b, 1995b; Liebling, 1992).

ÉTUDE DE CAS

Nom : David S. *Âge :* 23 ans
Antécédents criminels :
Infraction à l'origine de sa peine actuelle : agression sexuelle
Peine : 5 ans
Infractions antérieures : possession d'un stupéfiant (marijuana)
Décision : probation

Contexte

19 avril

Au cours d'une conversation avec sa soeur, le détenu David S. apprend que sa mère (qui vit aux Antilles) est atteinte d'une maladie incurable et que les médecins ne lui donnent pas plus de trois semaines à vivre. David téléphone ensuite à sa petite amie pour qu'elle le réconforte, mais il est encore plus abattu quand il raccroche, car elle a ses problèmes, elle aussi; plus précisément, elle semble avoir de la difficulté à accepter l'emprisonnement continu de David. Plus tôt dans la journée, David a appris que la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) devra reporter l'audition de son cas de trois mois à cause de documents manquants. Cela ne l'a pas préoccupé quand on le lui a appris, car il est passible d'expulsion et souhaite rester au Canada. En effet, il estimait alors que sa vie était au Canada : sa petite amie, avec laquelle il vivait en union de fait avant d'être incarcéré, a obtenu le droit d'établissement au Canada, et il croyait que ses perspectives d'emploi étaient meilleures au Canada. Mais avec la nouvelle de la maladie de sa mère qui a exprimé le désir de revoir tous les membres de sa famille avant de mourir, il voit le report de la date de son audience devant la CNLC d'un autre oeil. Il le considère maintenant comme un obstacle à la réalisation de son désir de voir sa mère avant qu'elle ne meure.

Aiguillage vers le service de psychologie

21 avril

La thérapeute chargée du programme pour délinquants sexuels a adressé David au service de psychologie pour qu'il y subisse une évaluation du risque de suicide. Des choses qu'il a dites au cours de la séance de thérapie de groupe et la détérioration de son fonctionnement depuis hier (c.-à-d. son retrait social, son humeur déprimée, son refus de s'engager à ne pas commettre d'actes autodestructeurs) inquiètent la thérapeute.

Problèmes relevés à la première entrevue le 21 avril

Impossibilité de voir sa mère avant qu'elle ne meure

David affirme qu'il veut simplement réaliser les dernières volontés de sa mère, et qu'il veut aussi lui dire tout ce qu'il a appris grâce à sa thérapie. Il ajoute qu'avec la mort de sa mère, certaines tâches et obligations lui incomberont. Par exemple, c'est à lui qu'il appartient d'allumer le bûcher funéraire.

Sentiment de culpabilité et vieux chagrin persistant

David manifeste un grand sentiment de culpabilité : il se sent responsable de la détérioration de l'état de santé de sa mère, du fait qu'il est en prison depuis deux ans, et il se reproche d'avoir manqué à son devoir et à ses obligations quand ses grands-parents sont morts et maintenant quand sa mère est sur son lit de mort. Il est aussi la proie de remords de longue date : il se reproche encore aujourd'hui la mort de deux jeunes enfants, survenue quand il avait 11 ans. Pendant qu'il jouait dans la mer près de la maison de ses parents, il a incité deux jeunes enfants à pénétrer dans l'eau, et les enfants se sont noyés. À l'époque, il aurait expliqué vaguement les circonstances de ces noyades aux autres qui ignorent qu'il se sent encore coupable et responsable de la mort de ces deux enfants. Après cet événement, David a fui et s'est réfugié dans une maison de campagne vide qui appartenait à son père. Il affirme que c'est comme cela qu'il fait face aux difficultés – il fuit. Dans l'ensemble, il raconte son incapacité, à ses yeux, de faire face aux émotions négatives et aux pertes.

Symptômes cliniques (émotions et fonctions végétatives)

David déclare que ses problèmes lui semblent « au delà de ses forces », et il pense qu'au point où il en est, le moindre ennui (p. ex. s'il apprend que sa mère est morte) va lui faire « perdre les pédales ». Il redoute de téléphoner à la maison. Il se sent impuissant. Il se sent incapable, entre autres, de respecter les dernières volontés de sa mère. Il se sent incapable d'affronter le chagrin et la douleur de la mort prochaine de sa mère. Il exprime son manque d'espoir en son avenir, en son perfectionnement personnel et en ses relations avec d'autres personnes. Il estime que sa mort ne toucherait pas grand monde. Il fait savoir qu'il n'a rien manger et n'a pas dormi du tout depuis trois jours. De plus, il n'arrive pas à se concentrer et il a les idées embrouillées; cet état mental était particulièrement marqué hier soir.

Antécédents de comportement suicidaire

David décrit deux tentatives de suicide antérieures. (1) Il y a sept mois, il aurait tenté de se laisser mourir de faim en ne mangeant aucun aliment solide et ne buvant que de l'eau pendant deux mois. Son motif? Il croyait à l'époque que sa petite amie se suiciderait à cause de ses difficultés personnelles. Ainsi, il a cherché à éviter la douleur que lui causerait l'éventuel suicide de son amie en se laissant mourir de faim avant qu'elle ne passe à l'acte. Il s'est remis à manger quand la situation de son amie s'est améliorée. (2) L'autre tentative s'est produite au début de sa peine actuelle (il y a environ deux ans) au centre régional de réception. David dit que son compagnon de

cellule l'a agressé sexuellement. Il n'a pas signalé l'incident au personnel. Pour éviter que les autres apprennent ce qui c'était passé, son agresseur l'a contraint à tenter de se pendre (c.-à-d. l'agresseur a fabriqué la corde avec laquelle David a tenté de se pendre). Il semble éprouver encore des problèmes à la suite de cet incident, lesquels sont revenus à la surface en cette période de crise, ce qui n'est pas étonnant. Outre ces signes cliniques, rien n'indique qu'un diagnostic de trouble mental ait déjà été porté ou que David ait déjà manifesté des symptômes de psychose. Il affirme n'avoir jamais consulté un psychiatre ou un psychologue au sein de la collectivité. Il était ivre quand il a commis l'infraction à l'origine de sa peine actuelle, mais il soutient qu'il n'est pas alcoolique. D'après son dossier, il a consommé des drogues illégales à l'occasion au sein de la collectivité, mais pas en prison. Il affirme qu'il n'y a pas d'antécédents de comportement suicidaire ou de trouble mental dans sa famille.

Projet de suicide

David a un projet de suicide comportant une méthode à laquelle il s'exerce, dit-il, depuis l'âge de 16 ans. Il soutient qu'il n'a pas besoin de couteau, ni de corde ou d'autres instruments de ce genre, et que la douleur que son acte pourrait lui causer ne le préoccupe pas. Il refuse de décrire cette méthode en détail, mais précise que la dernière fois qu'il s'est exercé était il y a six mois. Il dit avoir observé cette méthode chez un de ses amis qui l'a utilisée dans son pays natal. Il ajoute qu'au début, il l'a adoptée et s'y est exercé pour rire, mais qu'il l'a maintenant perfectionnée au point où il ne sent aucune douleur. Interrogé sur le risque que comporte de tels exercices, il répond qu'il y a un certain risque, mais qu'il maîtrise si bien la méthode que le risque est minime. Une fois, il aurait presque perdu connaissance, mais il était « assez fort » pour retrouver ses esprits. D'après la description que David en fait, il s'agit probablement d'une forme d'asphyxie ou d'auto-étranglement. À l'entendre, on a l'impression qu'il sait depuis son enfance qu'il lui faudra un jour recourir à cette méthode pour fuir et éviter la douleur, et qu'il a donc cette technique perfectionnée prête pour cette éventualité.

Au cours de l'entrevue, David refuse de s'engager verbalement à ne pas se livrer à des actes d'autodestruction. Il pense qu'il craquera peut-être quand il apprendra la mort de sa mère. Il n'a pas l'intention de téléphoner à sa famille ce soir. Il s'oppose avec véhémence à ce qu'on le place en isolement à des fins d'observation. Il menace de se suicider par vengeance s'il est placé en isolement.

Évaluation et mesures prises

Il est établi à l'évaluation que David présente un risque de suicide élevé. D'après la présente description de son cas, les facteurs cliniques contribuent beaucoup à ce risque. Les facteurs historiques, c'est-à-dire les antécédents personnels et familiaux de trouble mental, semblent nuls. Bien qu'aucun membre de sa famille ne se soit suicidé, ses propres antécédents de comportement suicidaire sont préoccupants. De plus, bien que sa dernière tentative de suicide ait été passive, elle est assez récente. Sur le plan clinique, il nourrit de fortes idées et intentions suicidaires, et il a un projet de suicide précis et d'une grande létalité à ce qu'il semble. Il semble avoir perdu tout espoir dans sa situation actuelle et dans son avenir. À l'évidence, il éprouve actuellement de

nombreux stress et manque de ressources pour y faire face. Non seulement se sent-il atterré par ces stress, mais ses antécédents révèlent qu'il a de la difficulté à affronter des situations pénibles depuis son enfance. Ses problèmes non résolus (le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle, ses sentiments de culpabilité à l'égard de la noyade des deux enfants, son manque de ressources pour affronter les difficultés en général et les émotions pénibles en particulier) constituent des agents de stress importants. Il semble en effet que l'on devra s'attaquer à ces problèmes d'une façon quelconque afin de réduire le risque de suicide que présente David. Un dernier problème clinique se pose : David éprouve actuellement un vif sentiment d'isolement social, car il a l'impression que sa petite amie lui offre peu de soutien affectif, et il est loin de sa famille. Par ailleurs, l'absence de symptômes de psychose et l'abstinence de substances intoxicantes en prison sont des indices favorables. D'après les facteurs actuariels ou démographiques qui interviennent dans son cas, David présente un risque élevé de suicide en raison de son jeune âge et de la partie de sa peine qu'il a déjà purgée (c.-à-d. moins de deux ans).

Bien que selon les écrits spécialisés sur le sujet, l'isolement du client soit contre-indiqué dans la gestion de la suicidabilité, il faut envisager cette solution dans certains cas à risque élevé et en mesurer les coûts et les avantages en conséquence. Dans le cas de David, il y a lieu de le mettre sous observation, étant donné le risque élevé qu'il présente. Mais comme il refuse avec véhémence d'être incarcéré à l'aire d'isolement préventif, l'y placer contre son gré pourrait précipiter un comportement suicidaire. Par conséquent, pour gérer la suicidabilité de David et le suivre à court terme, le clinicien décide de le laisser dans sa cellule habituelle au sein de la population carcérale générale et d'instituer des tournées à toutes les heures. David autorise le clinicien à prendre contact avec l'un de ses amis parmi les autres détenus et de lui demander de passer la soirée avec David « en copains ».

On ne voit pas le jour où le risque élevé de suicide chez David diminuera, et l'établissement ne sera peut-être pas en mesure de le surveiller adéquatement (c.-à-d. qu'il n'y a pas de cellule d'observation). De plus, les services thérapeutiques dont dispose l'établissement ne sont peut-être pas suffisants pour l'aider à résoudre les problèmes cliniques qui sous-tendent sa suicidabilité persistante. Le clinicien de l'établissement adresse David à l'infirmière responsable du service des soins ambulatoires (SSA) au Centre psychiatrique régional (CPR) (appellations génériques qui ne désignent aucun établissement ou service particulier), et son cas est étudié à la réunion des Services de santé mentale de l'établissement. L'infirmière du SSA et l'équipe de santé mentale sont d'accord que David présente un risque élevé persistant de suicide. Ils conviennent d'envisager la possibilité de le transférer au CPR contre son gré s'il refuse d'y aller volontairement.

Issue

Le cas de David présente plusieurs difficultés pour ce qui est de la gestion de sa suicidabilité persistante. Il a refusé de solliciter un transfèrement au CPR, mais le risque élevé qu'il pose et les difficultés que comporte la gestion de ce risque au sein de l'établissement préoccupent beaucoup tous les intervenants. Ces derniers peuvent procéder de deux façons pour transférer David au CPR contre son gré : (1) ils peuvent demander à un médecin de l'interner en vertu de la loi provinciale sur la santé mentale, invoquant le danger imminent qu'il s'inflige des blessures ou se donne la mort; ou (2) ils peuvent appliquer la procédure de transfèrement non sollicité en se fondant sur les dispositions de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Le recours à la première solution est compliquée en raison des ressources disponibles et de problèmes logistiques : aucun médecin n'est disponible en établissement avant demain, et transporter le détenu au cabinet d'un médecin de l'extérieur est une affaire assez compliquée. Avec le concours de membres clés du personnel de l'établissement (c.-à-d. l'agent de gestion de cas, le sous-directeur de l'établissement, le chef de l'unité, le coordonnateur de la gestion des cas et le surveillant correctionnel), un transfèrement non sollicité est donc effectué, et David est transporté au CPR le soir même.

Le lendemain, l'ami de David est interviewé et confirme spontanément le degré élevé du risque suicidaire chez ce dernier. Le même jour, cependant, l'affaire prend un tour imprévu et étonnant quand l'infirmière du SSA raconte que lors de son entrevue avec le psychiatre (à laquelle l'infirmière a assisté), David a nié catégoriquement qu'il nourrissait des idées de suicide. Elle dit que David ne manifestait aucun signe de trouble de l'humeur ou de trouble de la pensée. Au cours de cette entrevue, David a affirmé qu'il se livrerait à des actes autodestructeurs. Se fondant sur leurs observations antérieures et leurs entretiens avec David, l'infirmière et le psychologue jugent que David faisait semblant de bien se porter. Le CPR a néanmoins décidé de lui donner son congé et de le renvoyer immédiatement à son établissement d'origine. Le lendemain, David est transporté à l'établissement.

Comme l'infirmière du SSA insistait, David a accepté à contrecoeur de se soumettre à une entrevue avec l'AGCE, le CO II et le psychologue dès son retour à l'établissement. Au cours de cette entrevue, il dit qu'il a joué la comédie et s'est montré « gentil et aimable » au centre psychiatrique, confirmant les soupçons de l'infirmière et du psychiatre. Il était en colère à cause des mesures prises par le personnel de l'établissement et se sentait trahi. Cela lui a déplu intensément d'être au centre psychiatrique, et il affirme que c'est un endroit pour les fous et non pour lui. Les agents et le psychologue jugent qu'il présente un risque élevé de suicide et le mettent sous observation au sein de l'unité, avec des tournées à toutes les heures. S'ils décident de le laisser à l'unité plutôt que de le placer à l'aire d'isolement, c'est pour les mêmes raisons que celles décrites précédemment. David promet de ne pas commettre d'acte d'autodestruction, mais il y a tout lieu de ne pas se fier à sa promesse, étant donné sa dissimulation récente.

Par la suite, la suicidabilité de David est gérée au moyen de séances fréquentes de counseling, d'efforts pour qu'il soit mis en liberté sous condition, et du maintien de son observation horaire au sein de l'unité. Il reste sous observation pendant 10 jours, et sa

thérapie porte sur quelques-uns des problèmes cliniques les plus importants relevés lors de l'entrevue initiale (p. ex. ses sentiments de culpabilité). Certes, il a été difficile de rétablir la relation de confiance entre le thérapeute et le patient, car David s'est senti trahi à cause de son transfèrement. Mais cet obstacle a été surmonté. De plus, l'agent de gestion de cas cherche à accélérer l'examen urgente de son cas par la CNLC en vue de l'octroi de la semi-liberté et, par la suite, de son expulsion aux Antilles, afin qu'il puisse voir sa mère. Peu à peu, les séances de thérapie se font moins nombreuses, et le risque de suicide que présente David diminue. Sa situation est finalement résolue quand la CNLC lui accorde la semi-liberté et il est expulsé aux Antilles.

BIBLIOGRAPHIE

Allebeck, P., Varla, A., Kristjansson, E. et Wistedt, B. (1987). « Risk factors for suicide among patients with schizophrenia », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, p. 414-419.

Anno, B. J. (1985). « Patterns of suicide in Texas Department of Corrections, 1980-1985 », *Journal of Prisons and Jail Health*, 5, p. 82-93.

Appleby, L. (1992). « Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention », *British Journal of Psychiatry*, 161, p. 749-758.

Apter, A., Plutchik, R. et van Praag, H. M. (1993). « Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behaviour », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, p. 1-5.

Arboleda-Florez, J. et Holley, H. L. (1988). « Development of a suicide screening instrument for use in a remand centre setting », *Revue canadienne de psychiatrie*, 33, p. 595-598.

Backett, S. A. (1987). « Suicide in Scottish prisons », *British Journal of Psychiatry*, 151, p. 210-221.

Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. et Newman, C. F. (1993). « Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 23, p. 139-145.

Bednar, R. L., Bednar, S. C. Lamber, M. J. et Waite, D. R. (1991). *Psychotherapy with high-risk clients: Legal and professional standards*, Pacific Grove (CA), Brooks/Cole.

Bergman, B. et Brismar, B. (1994). « Hormone levels and personality characteristics in abusive and suicidal male alcoholics », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, p. 311-316.

Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J. et Orn, H. (1990). « Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population », *Revue canadienne de psychiatrie*, 35, p. 407-413.

Bongar, B. (sous la direction de) (1992). *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment*, New York, Oxford University Press.

Bongar, B., Maris, R.W., Berman, A.L., Litman, R.E. et Silverman, M.M. (1993). « Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part I: General clinical formulations and legal considerations », *Suicide and life-threatening behaviour*, 23, p. 245-256.

Bonner, R. L. (1992). « Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars » dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide* (p. 398-419), New York, Guilford Press.

Bonner, R. L. et Rich, A. R. (1992). « Cognitive vulnerability and hopelessness among correctional inmates: A state of mind model », *Journal of Offender Rehabilitation*, 17, p. 113-122.

Bourgeois, M. (1991). « Serotonin, impulsivity and suicide », *Human Psychopharmacology*, 6, p. 31-36.

Brent, D.A., Bridge, J., Hohnson, B.A. et Connolly, J. (1996). « Suicidal behaviour runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims », *Archives of General Psychiatry*, 53, p. 1145-1152.

Brown, G. L., Linnoila, M. K. et Goodwin, F. K. (1992). « Impulsivity, aggression, and associated affects: Relationship to self-destructive behaviour and suicide » dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide* (p. 589-606), New York, Guilford Press.

Bulik, C., Carpenter, L., Kupfer, D. et Frank, E. (1990). « Features associated with suicide attempts in recurrent major depression », *Journal of Affective Disorders*, 18, p. 29-37.

Burtch, B. E. et Ericson, R. B. (1979). *The silent system: An inquiry into prisoners who suicide*, Toronto, Université de Toronto, Centre of Criminology.

Clark, D. C. et Fawcett, J. (1992). « Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient » dans B. Bongar (sous la direction de), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment*, p. 16-48, New York, Oxford University Press.

Cohen, S., Lavelle, J, Rich, C. L. et Bromet, E. (1994). « Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, p. 167-171.

Daley, M. (1987). *The clinical prediction of dangerousness to self: A six-year follow-up of 283 forensic cases*, mémoire de maîtrise inédit, Université de Toronto.

DeMan, A. F. et Leduc, C. P. (1995). « Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates », *Journal of Clinical Psychology*, 51, p. 173-181.

Dooley, E. (1990). « Prison suicide in England and Wales, 1972-87 », *British Journal of Psychiatry*, 156, p. 40-45.

Drake, R., Gates, C. et Cotton, P. G. (1986). « Suicide among schizophrenics: A comparison of attempters and completed suicides », *British Journal of Psychiatry*, 149, p. 784-787.

Drake, R., Gates, C., Whitaker, A. et Cotton, P. G. (1985). « Suicide among schizophrenics: A review », *Comprehensive Psychiatry*, 26, p. 90-100.

Eyman, J. R. et Eyman, S. K. (1992). « Psychological testing for potentially suicidal individuals » dans B. Bongar (sous la direction de), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment*, p. 127-143, New York, Oxford University Press.

Fawcett, J., Clark, D. C. et Busch, K. A. (1993). « Assessing and treating the patient at risk for suicide », *Psychiatric Annals*, 23, p. 244-255.

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R. et Coryell, W. (1987). « Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study », *American Journal of Psychiatry*, 144, p. 35-40.

Fowler, R. C., Liskow, B. I. et Tanna, V. L. (1980). « Alcoholism, depression, and life events », *Journal of Affective Disorders*, 2, 127-135.

Fremouw, W. J., de Perczel, M. et Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines*, Elmsford (NY), Pergamon Press.

Garrison, C. Z. (1992). « Demographic predictors of suicide », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 484-498, New York, Guilford Press.

Golden, R. N., Gilmore, J. H., Corrigan, M. H. N., Ekstrom, R. D., Knight, B. T. et Garbutt, J. C. (1991). « Serotonin, suicide, and aggression: Clinical studies », *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, p. 61-29.

Green, C., Kendall, K., Andre, G., Looman, T. et Polvi, N. (1993). « A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners », *Medicine, Science and the Law*, 33, p. 121-127.

Hardyman, P. L. (1983). *The ultimate escape: Suicide in Ohio's jails and temporary detention facilities: 1980-1981*, Columbus, Ohio Bureau of Adult Detention Facilities and Services.

Hatty, S. E. et Walker, J. R. (1986). *A national study of deaths in Australian prisons*, Canberra, Australian Institute of Criminology.

Hawton, K., Fagg, J. et McKeown, S. P. (1989). « Alcoholism, alcohol and attempted suicide », *Alcohol and Alcoholism*, 24, p. 3-9.

Haycock, J. (1991). « Crimes and misdemeanors: A review of recent research on suicides in prison », *Omega: Journal of Death and Dying*, 23, p. 81-94.

Hayes, L. M. (1989). « National study of jail suicides: Seven years later », *Psychiatric Quarterly*, 60, p. 7-29.

Hayes, L.M. (1995a). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*, Washington, U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.

Hayes, L. M. (1995b). « Prison suicide: An overview and a guide to prevention », *The Prison Journal*, 75, p. 431-456.

Heikkinen, M., Aro, H. et Lonnqvist, J. (1993). « Life events and social support in suicide », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 23, p. 343-358.

Holden, R. R., Mendonca, J. D. et Serin, R. C. (1989). « Suicide, hopelessness, and social desirability: A test of an interactive model », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, p. 500-504.

Ivanoff, A. et Jang, S. J. (1991). « The role of hopelessness and social desirability in predicting suicidal behaviour: A study of prison inmates », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, p. 394-399.

Kety, S. (1986). « Genetic factors in suicide », dans A. Roy (sous la direction de), *Suicide*, p. 41-45, Baltimore, Williams & Wilkins.

Klatsky, A. L. et Armstrong, M. A. (1993). « Alcohol use, other traits, and risk of unnatural death: A prospective study », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, p. 1156-1162.

Kotler, M., Finkelstein, G., Molcho, A., Botsis, A. J., Plutchik, R., Brown, S. L. et van Praag, H. M. (1993). « Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: Coping styles and social support », *Psychiatry Research*, 47, p. 281-290.

Lester, D. L. (1990). « Overcrowding in prisons and rates of suicide and homicide », *Perceptual and Motor Skills*, 71, p. 274.

Lester, D. L. (1992). « Alcoholism and drug abuse », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 321-336, New York, Guilford Press.

Lester, D. L. (1995). « Suicide rates in Canadian prisons », *Perceptual and Motor Skills*, 81, p. 1230.

Lester, D. L. et Danto, B. L. (1993). *Suicide behind bars: Prediction and prevention*, Philadelphie, Charles Press.

Levey, S. (1990). « Suicide », dans R. Bluglass & P. Bowden (sous la direction de), *Principles and practice of forensic psychiatry*, p. 597-610, New York, Churchill Livingstone.

Liebling, A. (1992). *Suicides in prisons*, Londres, Routledge.

Liebling, A. (1994). « Suicide amongst women prisoners », *Howard Journal of Criminal Justice*, 33, p. 1-9.

Liebling, A. (1995). « Vulnerability and prison suicide », *British Journal of Criminology*, 35, p. 173-187.

Lloyd, C. (1990). *Suicide and self-injury in prison: A literature review*, (Home Office Research Study No. 115), Londres, Her Majesty's Stationery Office.

Maris, R. W. (1992a). « Overview of the study of suicide assessment and prediction », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 3-22, New York, Guilford Press.

Maris, R. W. (1992b). « The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 362-380, New York, Guilford Press.

McIntosh, J. L. (1992). « Methods of suicide », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 381-397, New York, Guilford Press.

Mitterauer, B. (1990). « A contribution to the discussion of the role of the genetic factor in suicide, based on five studies in an epidemiologically defined area (Province of Salzburg, Austria) », *Comprehensive Psychiatry*, 31, p. 557-565.

Moller, H. J. (1990). « Suicide risk and treatment problems in patients who have attempted suicide », dans D. Lester (sous la direction de), *Current concepts in suicide*, p. 168-181, Philadelphie, Charles Press.

Motto, J. A. (1985). « Preliminary field testing of a risk estimator for suicide », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 15, p. 139-150.

Motto, J. A., Heilbron, D. C. et Juster, R. P. (1985). « Development of a clinical instrument to estimate suicide risk », *American Journal of Psychiatry*, 141, p. 680-686.

Murphy, G. E. et Wetzel, R. D. (1990). « The lifetime risk of suicide in alcoholism », *Archives of General Psychiatry*, 47, p. 383-392.

Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E. et McEvoy, L. (1992). « Multiple risk factors predict suicide in alcoholism », *Archives of General Psychiatry*, 49, p. 459-463.

Pagliaro, L. et Pagliaro, A. (1992). « Sentenced to death? HIV infection and AIDS in prisons - Current and future concerns », *Revue canadienne de criminologie*, p. 201-214.

Plutchik, R. et van Praag, H. M. (1990). « Psychosocial correlates of suicide and violence risk », dans H. M. van Praag, R. Plutchik et A. Apter (sous la direction de), *Violence and suicidality: Perspectives in clinical and psychobiological research*, p. 37-62, New York, Brunner/Mazel.

Plutchik, R. et van Praag, H. M. (1995). « The nature of impulsivity: Definitions, ontology, genetics and relations to aggression » dans E. Hollander et D. J. Stein (sous la direction de), *Impulsivity and aggression*, p. 7-24, Chichester, Angleterre, Wiley

Polvi, N. H. (1997). « Assessing risk of suicide in correctional settings » dans C. D. Webster et M. A. Jackson (sous la direction de), *Impulsivity, Assessment, and Treatment*, p. 278-301, New York, Guilford Press.

Rakis, J. et Monroe, J. (1989). « Monitoring and managing the suicidal prisoner », *Psychiatric Quarterly*, 60, p. 151-160.

Roose, S. P., Glassman, A. H., Walsh, B. T., Woodring, S. et Vital-Herne, J. (1983). « Depression, delusions, and suicide », *American Journal of Psychiatry*, 140, p. 1159-1162.

Rosine, L. (1995). « Évaluation des cas de suicide en milieu carcéral », dans T. A. Lies, L. Motiuk et J. R. P. Ogloff (sous la direction de), *Psychologie médico-légale, politique et pratiques en milieu correctionnel*, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Rothberg, J. M. et Geer-Williams, C. (1992). « A comparison and review of suicide prediction scales », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 202-217, New York, Guilford Press.

Roy, A. (1982). « Risk factors for suicide in psychiatric patients », *Archives of General Psychiatry*, 39, p. 1089-1095.

Roy, A. (1992). « Genetics, biology, and suicide in the family », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 574-588, New York, Guilford Press.

Roy, A. (1994). « Affective disorders », dans M. Hersen, R. T. Ammerman et L. Sisson (sous la direction de), *Handbook of aggressive and destructive behaviour in psychiatric patients*, p. 221-236, New York, Plenum Press.

Roy, A. et Draper, R. (1995). « Suicide among psychiatric hospital inpatients », *Psychological Medicine*, 25, p. 199-202.

Rudd, M.D., Joiner, T., Rajab, M. H. (1996). « Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample », *Journal of Abnormal Psychology*, 105, p. 541-550.

Salive, M. E., Smith, G. S. et Brewer, T. F. (1989). « Suicide mortality in the Maryland state prison system, 1979 through 1987 », *Journal of the American Medical Association*, 262, p. 365-369.

Schimmel, D., Sullivan, J. et Mrad, D. (1989). « Suicide prevention: Is it working in the federal prison system? », *Federal Prisons Journal*, 1, p. 20-24.

Service correctionnel du Canada (1992). « La violence et le suicide dans les établissements canadiens : statistiques récentes », *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 4(3), p. 3-5.

Sherman, L. G. et Morschauser, P. C. (1989). « Screening for suicide risk in inmates », *Psychiatric Quarterly*, 60, p. 119-138.

Silverman, M.M., Berman, A.L., Bongar, B., Litman, R.E. et Maris, R.W. (1994). « Inpatient standards of care and the suicidal patient. Part II: An integration with clinical risk management », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 24, p. 152-169.

Smith, G. (1986). « Interrelations among measures of depressive symptomatology, other measures of psychological distress and young adult substance abuse », dans G. L. Klerman (sous la direction de), *Suicide and depression among adolescents and young adults*, p. 299-315, Washington (DC), American Psychiatric Press.

Sommers-Flanagan, J. et Sommers-Flanagan, R. (1995). « Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach », *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, p. 41-47.

Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D. et Stanley, M. (1992). « Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence », *International Review of Psychiatry*, 4, p. 149-155.

Steer, R. A., Beck, A. T., Garrison, B. et Lester, D. (1988). « Eventual suicide in interrupted and uninterrupted attempters: A challenge to the cry-for-help hypothesis », *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 18, p. 119-128.

Strakowski, S. M., McElroy, S. C., Keck, P. E. et West, S. A. (1996). « Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder », *American Journal of Psychiatry*, 153, p. 674-676.

Suokas, J. et Lonnqvist, J. (1995). « Suicide attempts in which alcohol is involved: A special group in general hospital emergency rooms », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, p. 36-40.

Tanney, B. L. (1992). « Mental disorders, psychiatric patients, and suicide », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 277-320, New York, Guilford Press.

Topp, D. O. (1979). « Suicide in prison », *British Journal of Psychiatry*, 134, p. 24-27.

Tsuang, M. T. (1983). « Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls », *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, p. 396-400.

Veiel, H. O. F., Brill, G., Hafner, H. et Welz, R. (1988). « The social support of suicidal attempters: The different roles of family and friends », *American Journal of Community Psychology*, 16, p. 839-861.

Wasserman, D., Varnik, A. et Eklund, G. (1994). « Male suicides and alcohol consumption in the former USSR », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, p. 306-313.

Weiden, P. et Roy, A. (1992). « General versus specific risk factors in suicide in schizophrenia », dans D. Jacobs (sous la direction de), *Suicide and clinical practice*, p. 75-100, Washington (DC), American Psychiatric Press.

Weishaar, M. E. et Beck, A. T. (1992). « Clinical and cognitive predictors of suicide », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 467-483, New York, Guilford Press.

Weiss, R. D. et Stephens, P. S. (1992). « Substance abuse and suicide », dans D. Jacobs (sous la direction de), *Suicide and clinical practice*, p. 101-114, Washington (DC), American Psychiatric Press.

Westermeyer, J. G. et Harrow, M. (1989). « Early phases of schizophrenia and depression: Prediction of suicide », dans R. Williams et J. T. Dalby (sous la direction de), *Depression in schizophrenics*, p. 153-169, New York, Plenum Press.

Westermeyer, J. G., Harrow, M. et Marengo, J. T. (1991). « Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, p. 259-266.

Williams, C. L., Davidson, J. A. et Montgomery, I. (1980). « Impulsive suicidal behaviour », *Journal of Clinical Psychology*, 36, p. 90-94.

Yufit, R. I. et Bongar, B. (1992). « Suicide, stress, and coping with life cycle vents », dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger et R. I. Yufit (sous la direction de), *Assessment and prediction of suicide*, p. 553-573, New York, Guilford Press.